

DES
VARICES LYMPHATIQUES
DU PLI DE L'AINE

ET EN PARTICULIER DES
VARICES LYMPHATIQUES INTRADERMIQUES

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 1^{er} Décembre 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Émile-Édouard-Fernand LAMBERT

Né à Châteauroux (Indre), le 18 Avril 1884.

Ancien Interne provisoire des Hôpitaux de Toulouse

Ancien Membre de la Société Anato-mo-Clinique et de la Société d'Histoire naturelle
de Toulouse

Mention de Médecine (Toulouse, 1908).

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. WEISS
HERRGOTT
HOCHÉ
MICHEL

professeur...
professeur...
agrégé.....
chargé de cours.

Président.

Juges.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses
parties de l'enseignement médical.

NANCY

A. CREPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS

(Passage du Casino)

1909



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547422_0007

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1909-1910

N° 3

DES
VARICES LYMPHATIQUES
DU PLI DE L'AINE
ET EN PARTICULIER DES
VARICES LYMPHATIQUES INTRADERMIQUES

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 1^{er} Décembre 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Émile-Édouard-Fernand LAMBERT

Né à Châteauroux (Indre), le 18 Avril 1884.

Ancien Interne provisoire des Hôpitaux de Toulouse

Ancien Membre de la Société Anatomique et de la Société d'Histoire naturelle
de Toulouse

Mention de Médecine (Toulouse, 1908).

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. WEISS
HERRGOTT
HOCHÉ
MICHEL

professeur...
professeur...
agrégé.....
chargé de cours.

Président.

Juges.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses
parties de l'enseignement médical.

NANCY
A. CREPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS
(Passage du Casino)

1909



FACULTE DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS, O *, I U.

Assesseur : M. BERNHEIM, *, I U.

Professeurs honoraires : MM. BAUNIS, *, I U., NICOLAS, I U., PRENANT, I U.

Professeurs.

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM *, I U.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, O *, I U.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER *, I U.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I U.
Clinique chirurgicale.....	M. WEISS *, I U.
Chimie médicale et toxicologie.....	M. GARNIER, I U.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I U.
Clinique obstétricale et Accouche- ments.....	M. A. HERRGOTT *, I U.
Hygiène.....	M. MACÉ, I U.
Thérapeutique et Matière médicale....	M. SCHMITT, I U.
Physiologie.....	M. ANGEL, A U.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. SIMON, I U.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, I U.
Clinique ophtalmologique.....	M. ROHMER, I U.
Médecine légale.....	M. PARISOT, I U.
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, I U.
Anatomie descriptive.....	M. MEYER, I U.
Histologie.....	M. BOUIN, I U.

Professeurs-adjoints.

Clinique d'électrothérapie (1).....	M. GUILLOZ, I U.
Pathologie externe.....	M. VAUTRIN, I U.

Chargés de Cours complémentaires.

Clinique des maladies des vieillards...	M. ETIENNE, I U., agrégé libre.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. L. SPILLMANN, A U., agrégé.
Accouchements.....	M. SCHUHL, I U., agrégé libre.
Clinique d'orthopédie (1).....	M. FROELICH, I U., agrégé libre.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie (1)...	M. JACQUES, I U., agrégé libre.
Clinique des voies urinaires (1).....	M. ANDRÉ, I U., agrégé libre.
Anatomie pathologique.....	M. HOCHÉ, I U., agrégé.
Clinique des maladies mentales.....	M. PARIS, A U.

Agrégés en exercice

MM. LAMBERT, I U.	MM. RICHON, A U.	MM. DUFOUR, A U.
L. SPILLMANN, A U.	G. GROSS, A U.	SENCERT, A U.
MICHEL, A U.	FRUHNSHOLZ, A U.	ROBERT, A U.
HOCHÉ, I U.	COLLIN, A U.	

Agrégés libres

MM. REMY, A U., FÉVRIER, *, I U., ETIENNE, I U.,
ZILGIEN, A U., FROELICH, I U., SCHUHL, I U., JACQUES, I U., ANDRÉ, I U.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, *, U, I U., Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

DU MÊME AUTEUR :

Lésion rénale chez un sujet porteur d'une suppuration articulaire prolongée, In Toulouse Médical, 15 janvier 1908.

Foyer de myosite scléreuse développé à l'intérieur du quadriceps crural, In Toulouse Médical, mai 1908.

Sur un cas d'anurie calculuse guérie spontanément, In Toulouse Médical, mai 1908.

Sur un cas de synovite à grains riziformes du poignet droit, In Toulouse Médical, juin 1908.

Fibrome kystique volumineux, du poids de quatorze kilos, In Toulouse Médical, juin 1908.

Kyste multiloculaire de l'ovaire, In Toulouse Médical, juillet 1908.

Trois cas de blessures par balles de revolver, In Toulouse Médical, août 1908.

A MON PÈRE LE DOCTEUR LAMBERT

MÉDECIN PRINCIPAL DE 1^{re} CLASSE

DIRECTEUR DU SERVICE DE SANTÉ DE LA DIVISION DE CONSTANTINE

Mon meilleur ami et mon premier maître

A MA MÈRE

*Modeste témoignage de ma profonde gratitude et de ma vive
reconnaissance*

A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR WEISS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HERRGOTT

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS HOCHÉ ET MICHEL

AVANT - PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, qu'il nous soit permis de rendre à nos Maîtres des Facultés de Toulouse et de Nancy un respectueux hommage et de leur exprimer notre profonde reconnaissance pour les leçons et les encouragements qu'ils ont bien voulu nous donner. Nous n'oublierons jamais avec quelle délicate attention MM. les professeurs Mossé et Jeannel ont guidé, à Toulouse, nos premiers pas dans la carrière, non plus que les affectueux conseils de M. le docteur Dambrin, chirurgien des hôpitaux de Toulouse ; et de M. le docteur Uteau, ancien chef de clinique.

Que M. le professeur Weiss veuille bien recevoir l'expression de notre profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre travail inaugural. Nous remercions MM. les professeurs Bernheim, Herrgott, Rohmer, Haushalter, Hoche de l'accueil sympathique qu'ils ont bien voulu nous faire.

Le sujet de ce travail nous a été inspiré par M. le pro-

esseur Jacob, du Val-de-Grâce, qui a bien voulu mettre à notre disposition une superbe observation accompagnée d'analyses anatomo-pathologiques très complètes. Nous lui sommes profondément reconnaissant de l'honneur qu'il nous a fait en nous confiant ce travail et le prions de vouloir bien toujours nous considérer comme son élève respectueusement dévoué ; souhaitant ardemment de l'avoir pour maître.

Nous remercions M. le docteur Gastou, chef du laboratoire d'anatomie pathologique de l'hôpital Saint-Louis, d'avoir bien voulu faire un examen de pièces, qui nous a été d'un grand secours.

Nous n'avons garde d'oublier l'accueil qui nous a été fait dans le milieu médico-militaire, aussi conserverons-nous une profonde et respectueuse reconnaissance à M. le médecin-principal Boppe, médecin-chef de l'hôpital militaire de Nancy, à M. le médecin principal Uffoltz et à MM. les médecins-majors Guibal et Jirou qui nous ont généreusement ouvert leurs services.

M. le médecin-major Trenel nous a guidé dans la confection de ce travail, il fut pour nous un véritable Maître. Nous n'oublierons jamais ses conseils éclairés. Nous le prions de vouloir bien croire à notre sincère reconnaissance et à notre profonde affection.

Nous ne voulons pas quitter Nancy sans remercier M. le médecin aide-major Des Cilleuls des bons moments qu'il nous a permis de passer avec lui ; qu'il veuille bien croire à notre sincère amitié.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

L'histoire des varices lymphatiques commence au milieu du xvii^e siècle. En 1670, Guiffart signale un cas de varices du canal thoracique, sans le faire suivre d'aucun commentaire anatomo-pathologique. Près d'un siècle plus tard, en 1737, Bassius publie quelques observations des varices du canal thoracique. Les recherches, vraiment scientifiques sur la question des varices lymphatiques, ne commencent qu'en 1808 ; on trouve à cette époque une étude d'Allard sur l' « Eléphantiasis par hypertrophie inflammatoire des lymphatiques ». Pendant tout le xix^e siècle, de nombreux travaux se succèdent, marchant de pair avec les progrès de la science médicale. Breschet, en 1836, dans sa thèse d'agrégation, cite un cas de tumeur lymphatique du pli de l'aîne, observée par Amussat en 1825. Seize ans plus tard, en 1852, Demarquay, Zambaco publient la première observation des varices du derme.

Desjardin, deux ans après, publie un cas de varices dermiques, avec lymphorragie. Binet, en 1858, Trélat, en 1864, Aubry, en 1866, observent et étudient les dilatations ganglionnaires. Peu de temps après, Théodore Anger, dans un travail important, reprend cette étude et nomme la lésion ganglionnaire « adéno-lymphocèle ». Nelaton, Beau, Huguier et Trélat publient de nombreux cas de varices lymphatiques. Viguié dans sa thèse de 1875 classe les varices lymphatiques en deux catégories : les varices tronculaires et les varices réticulaires.

Massonnié, dans sa thèse, signale la terminaison par suppuration de quelques cas de lymphangiectasies. Péan, en 1879, fait une clinique sur les varices lymphatiques. Moritz, Kaposi, Jourdan, Papin, Chipault établissent la symptomatologie et le diagnostic de ces différentes lésions.

L'époque moderne est riche en observations de lymphangiectasies. A l'étude clinique s'ajoute l'étude anatomopathologique. En 1895, Follet et Bonhommet étudient certains cas d'éléphantiasis. A la Société de dermatologie, en 1897, Balzer et Griffon présentent un cas de lymphangiectasie spontanée de la face. MM. Brocq et Bernard étudient le lymphangiome. Le professeur Le Dentu présente plusieurs cas de lymphangiome.

Dans les premières années du xx^e siècle des travaux importants mettent au point la question des lymphangiectasies. En Allemagne, les travaux de Haferkorn, Frudweiler, Schmidt, Walsch se rapportent aux varices cutanées. En France, M. Duret, en 1902, et M. Delobel,

dans sa thèse inaugurale, étudient les différentes formes de lymphangiectasies dermiques. M. R. Le Dentu, médecin des troupes coloniales, dans sa thèse inaugurale, étudie l'action de la filariose dans les différentes varices lymphatiques. En 1909, dans le nouveau traité de chirurgie de MM. Le Dentu et Delbet, on trouve un article très détaillé de M. Brodier sur les varices lymphatiques. M. le professeur Nimier publie, dans le *Bulletin de la Société de chirurgie de Lyon*, plusieurs observations de lymphocèle.

D'après ce court historique, il est facile de voir que la plupart des auteurs, précédemment cités, n'ont bien étudié que les adéno-lymphocèles ou les lymphocèles sous-cutanés.

Quant aux travaux, très rares, ayant trait aux lymphocèles intra-dermiques, il y manque les preuves anatomo-pathologiques, tirées de l'examen des pièces. C'est pourquoi nous avons tenu, nous trouvant en possession d'un cas remarquable de lymphocèle intra-dermique, à en faire l'objet de ce travail, en nous appuyant sur un examen anatomo-pathologique complet fait une première fois par M. Gastou, chef du laboratoire d'anatomie pathologique de l'hôpital Saint-Louis, et repris par M. le professeur Hoche, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Nancy.

CHAPITRE II

Définition.

Le système lymphatique de la région inguino-crurale peut être le siège de dilatations variqueuses atteignant soit les vaisseaux centro-ganglionnaires, soit seulement les vaisseaux tronculaires ou réticulaires. A l'ensemble de ces différentes dilatations, les auteurs ont donné le nom de « lymphangiectasies ».

La première forme, celle qui intéresse les ganglions, a été nommée par Théodore Anger « adéno-lymphocèle ». Jusqu'à ces derniers temps, les dilatations des vaisseaux, en dehors de l'envahissement ganglionnaire, portèrent le nom de varices tronculaires ou réticulaires. Ces deux formes de varices lymphatiques ayant les mêmes caractères cliniques, doivent être nettement séparées des adéno-lymphocèles. M. le professeur Nimier et M. le professeur Jacob leur donnent le nom de « lymphocèle ». Nous avons donc deux classes bien distinctes : les adéno-lymphocèles,

plus nombreuses et mieux étudiées jusqu'à ce jour, et les lymphocèles qui devront surtout retenir notre attention. Les lymphocèles se localisent soit au niveau des plans profonds, sous-aponévrotiques, soit à l'intérieur même de la peau dans le réseau lymphatique intradermique. Cette dernière variété clinique se rapporte plus spécialement à l'observation qui a servi de point de départ à ce travail, c'est donc celle que nous étudierons spécialement.

CHAPITRE III

Anatomie.

Avant d'entrer plus avant dans l'étude des tumeurs lymphangiectasiques de la région inguino-crurale, il est de toute nécessité de faire appel à l'anatomie de cette région, en insistant tout spécialement sur la distribution lymphatique.

Qu'il nous suffise de rappeler que la région inguino-crurale comprend toutes les parties molles formant antérieurement la racine du membre pelvien jusqu'au squelette qui la supporte, c'est-à-dire jusqu'au fémur et à l'articulation de la hanche.

Les limites assignées par tous les classiques peuvent se résumer de la façon suivante : en haut l'arcade crurale, ou pli de l'aine, en bas une ligne horizontale passant par le sommet du triangle de Scarpa, c'est-à-dire à douze ou quinze centimètres environ au-dessous de l'arcade crurale. En dehors et en dedans deux verticales abaissées, la pre-

mière par l'épine iliaque antérieure et supérieure ; l'autre, la seconde, par l'épine du pubis. La région ainsi comprise entre en connexion avec les départements suivants : en haut, la région inguino-abdominale ; en arrière, la région fessière ; en dedans, la région obturatrice et la région inguino-scrotale ; en bas, le territoire fémoral proprement dit.

Voulons-nous nous rendre compte des différents plans prenant part à la constitution de la zone inguino-crurale ? Nous rencontrons, tout d'abord, une peau mince, fine et mobile. Cette peau, comme en tous les autres points de l'organisme, présente dans son épaisseur des vaisseaux lymphatiques formant à la base des papilles, un réseau à mailles très serrées, appelé réseau sous-papillaire, où vont aboutir les lymphatiques des papilles et aussi un certain nombre de vaisseaux lymphatiques issus des glandes sudoripares et des follicules pileux de ce même revêtement cutané. Ce réseau très délicat, à mailles très tenues, dessinant un véritable chevelu, donne naissance à son tour, à de nombreux troncules qui, après avoir traversé le derme, viennent grossir les troncs lymphatiques du tissu cellulaire sous-cutané, deuxième plan anatomique de la région, au niveau duquel nous allons nous arrêter quelques instants.

Le tissu cellulaire sous-cutané forme à ce niveau une couche épaisse au sein de laquelle nous rencontrons la deuxième distribution lymphatique, noyée au milieu d'artères, de veines et de nerfs sus-aponévrotiques. Ce nouveau système lymphatique est appelé système super-

ficiel pour le distinguer d'un autre système que nous rencontrerons dans la zone profonde de cette région. Il comprend des ganglions et des vaisseaux lymphatiques. Le nombre des ganglions superficiels est assez variable. Pour pouvoir d'ailleurs le préciser, il est indispensable d'avoir recours à des injections colorées ou à des injections de mercure qui permettent de percevoir de tout petits ganglions qui passeraient inaperçus à la simple dissection. On voit ainsi que le nombre varie de dix à vingt. Le volume est non moins variable que le nombre. Se trouvant, en effet, dans une région exposée à de nombreuses sources d'infection, ils augmentent volontiers de volume. En raison du nombre et de l'étendue du territoire réservé à ces ganglions, et aussi du besoin qu'a eu le clinicien de constater l'envahissement ganglionnaire en des points bien limités de cette zone inguino-crurale, la plupart des classiques anciens et modernes ont voulu chercher à systématiser leur disposition anatomique. De nombreuses divisions, plus ou moins schématiques, ont été préconisées ; inutile d'ajouter que la plupart d'entre elles sont absolument artificielles. En effet, tous ces ganglions semblent essaimés sans aucun ordre, et il paraît bien difficile devant une excellente dissection de la région, de pouvoir les grouper en amas distinct. D'autre part, bien que chacune des différentes régions dont les lymphatiques sont tributaires, des ganglions inguino-cruraux envoient de préférence leurs vaisseaux à certains de ces ganglions, il n'y a pas encore là de disposition assez fixe pour servir de base à une classification naturelle. Malgré

le caractère essentiellement conventionnel de toute classification en pareille matière, nous reconnaissons la nécessité d'adopter un groupement que le clinicien pourra utiliser, le cas échéant, et qui lui servira de point de ralliement, en quelque sorte, pour chercher la cause du mal.

La plupart des anatomistes français et étrangers adoptent la fameuse division de Quenu, qui conseille de mener en plein triangle de Scarpa deux axes, l'un vertical, l'autre horizontal, se croisant au niveau de l'embouchure de la saphène interne dans la veine fémorale. D'où quatre territoires : un supéro-interne, un supéro-externe, un inféro-interne, un inféro-externe. A chacun de ces groupes aboutissent des lymphatiques afférents de sources différentes : les lymphatiques du membre inférieur vont aux deux groupes inférieurs. Les lymphatiques du scrotum et du fourreau de la verge, ceux des grandes lèvres, de l'anus se rendent, en général, au groupe supéro-interne ; mais ils peuvent aussi aller au groupe inféro-interne. Les lymphatiques de l'ombilic et de la portion sous-jacente de la paroi abdominale vont aux deux groupes supérieurs ; enfin, ceux de la fesse se jettent, d'ordinaire, dans le groupe supéro-externe et souvent aussi dans le groupe inféro-externe. Donc, en clinique, lorsqu'on sera appelé à examiner une lésion ganglionnaire du triangle de Scarpa, il suffira au praticien de repérer à quel groupe ganglionnaire il a affaire pour aller porter ses investigations sur telle ou telle zone anatomique.

Les vaisseaux efférents des ganglions inguinaux superficiels vont aboutir aux ganglions inguinaux profonds ou

aux ganglions iliaques externes. Ceux qui naissent du groupe inféro-externe ou du groupe inféro-interne traversent l'aponévrose et vont se jeter dans les ganglions inguinaux profonds. Ceux qui émanent des groupes supéro-internes et supéro-externes traversent, eux aussi, l'aponévrose et montent le long de la face interne de la veine fémorale ; les uns s'arrêtent dans le ganglion de Cloquet, les autres poussent plus haut, jusqu'au niveau des ganglions iliaques externes. Ces vaisseaux efférents, perforant de la sorte l'aponévrose fémorale, y créent de multiples orifices qui lui donnent son aspect caractéristique de lame criblée, qui l'a fait appeler par la plupart des anatomistes « le fascia crebriformis ».

Le fascia crebriformis est un mince feuillet considéré à tort par certains auteurs, comme une réelle lame aponevrotique. Il est excessivement lâche, dissocié par des lobules adipeux et présentant toute une série d'orifices, dont le plus important est celui qui livre passage à la partie terminale de la saphène interne et qui a reçu le nom de « fosse ovale ». Les autres pertuis servent de lieu de passage, ainsi que nous l'avons relaté, aux anastomoses jetées entre les groupes ganglionnaires superficiels et les zones lymphatiques profondes. Ce plan fibreux mérite toutefois d'attirer l'attention car il contribue à diviser bien nettement la région en deux plans distincts : un plan superficiel, dit sus-aponevrotique, et un plan profond, dit sous-aponevrotique. Cette division anatomique ne peut que faciliter les besoins de la clinique, qui nous fera voir, dans le cours de ce travail, deux grandes classes

de tumeurs lymphangiectasiques, les unes sous-cutanées et les autres profondément situées.

Cette lame aponévrotique enlevée, nous tombons dans le triangle de Scarpa proprement dit, limité, en haut, par l'arcade crurale, sur les côtés par les muscles couturiers et moyens adducteurs et dont le fond est représenté par l'accolement du psoas et du pectiné. Les divers plans musculaires constituent les berges d'une véritable gouttière où chemine le paquet vasculo-nerveux de la région, c'est-à-dire l'artère fémorale, la veine fémorale, les branches d'épanouissement du nerf crural, et, enfin, le réseau lymphatique profond. Ce dernier est représenté par des ganglions et des vaisseaux. Les ganglions lymphatiques profonds sont beaucoup moins développés que les superficiels, il faut les injecter pour les voir. Ils sont accolés à la partie interne de la veine fémorale. Le supérieur, souvent assez développé, occupe, comme nous l'avons dit, la partie interne de l'anneau crural et s'appelle le ganglion de Cloquet. Il est situé immédiatement au-dessous du septum crural qui le sépare du ganglion rétro-crural interne. Les ganglions profonds reçoivent les vaisseaux lymphatiques satellites des vaisseaux fémoraux, et une partie des efférents des ganglions superficiels. Dans cette région les vaisseaux lymphatiques sont volumineux, on peut parfois les disséquer sans aucune injection. Les ganglions inguinaux profonds émettent à leur tour des troncs efférents qui traversent le septum crural pour aller se déverser dans les groupes iliaques avoisinant les vaisseaux du même nom.

Il résulte de cette étude que la région inguino-crurale est un véritable bassin lymphatique, sorte de carrefour, où se donne rendez-vous la lymphe de multiples régions anatomiques, qui semble obligée d'utiliser ce lieu passage pour gagner les ganglions iliaques et pelviens. La chose nous explique la complexité d'une semblable distribution anatomique, qu'on peut schématiser suivant trois couches distinctes : une couche intra-dermique réticulée formant dans l'épaisseur de la peau un fin chevelu de canalicules lymphatiques, une couche sus-aponévrotique, dite superficielle, établie en surface et remplissant toute l'aire de la région ; et, en dernier lieu, une couche profonde épousant le trajet du paquet vasculo-nerveux.

CHAPITRE IV

Etiologie.

La production des lymphangiectasies résulte de causes prédisposantes et de causes déterminantes. Parmi les causes prédisposantes, la texture délicate de la paroi lymphatique joue, probablement assez souvent, un rôle qu'on ne doit pas négliger. Chez certains individus, il existe une diathèse ectasique particulière d'origine congénitale qui favorise l'éclosion ultérieure des varices lymphatiques. Différents auteurs ont appelé cette diathèse la lymphatexie. Cette prédisposition héréditaire est assez semblable à celle que l'on rencontre dans les varices veineuses, qui explique parfois le rôle important de l'hérédité.

Le vaisseau lymphatique est un organe fragile formé d'un endothélium très délicate, pourvu de valvules destinées à fragmenter le cours de la lymphe. Ces valvules sont de simples replis de l'endothélium ; en dehors de celui-ci se trouve une riche trame conjonctive qui constitue le plan

de soutènement du lymphatique ; son épaisseur est en raison directe du calibre du vaisseau. Dans cette trame nous rencontrons des fibres élastiques et des fibres musculaires.

Les fibres élastiques constituent un fin réseau sous-endothélial ; quant aux fibres musculaires, il en est de longitudinales, d'obliques et de transversales. Ces dernières prédominent toujours. Leur présence attribuable, sans doute, à la station verticale de l'homme, est bien faite pour obliger la lymphe à vaincre, pour progresser, l'action de la pesanteur.

La présence de ces deux éléments, élastique et musculaire, explique suffisamment les propriétés physiques de la paroi du lymphatique, qui, malgré sa minceur, est résistante, extensible et rétractile. Ils peuvent supporter sans se rompre de très grandes pressions. Injectés, les vaisseaux lymphatiques se dilatent plus que les artères.

La paroi des troncs lymphatiques est riche en vaisseaux sanguins et en nerfs. Autour de chaque lymphatique se trouve un réseau sanguin dessinant un fin lacis, à mailles longitudinales, bien décrit par Sappey. Quant aux nerfs, ils constituent dans leur ensemble, trois plexus différents. Un plexus adventiciel, un plexus supra-musculaire, un plexus sous-endothélial. La plus grande partie de ces filets nerveux vient se jeter dans les fibres musculaires et a une action vaso-constrictive ou vaso-dilatatrice, en tout point semblable à ce que nous avons appris à étudier en matière de physiologie artérielle. On comprend donc, après cet aperçu histologique, comment l'hérédité peut

agir : en diminuant l'importance des fibres élastiques et des fibres musculaires et en amoindrissant la résistance, l'extensibilité et la retractorité de la paroi.

Le climat joue certainement un rôle dans l'apparition des lymphangiectasies. Au début, celles-ci ayant été étudiées surtout par des médecins coloniaux, passaient pour être une affection essentiellement coloniale et surtout tropicale. A l'heure actuelle, grâce aux recherches faites sur cette question, il est démontré que les lymphangiectasies peuvent se produire dans les climats tempérés, avec les mêmes caractères cliniques ou anatomo-pathologiques que dans les pays chauds. Nous ne voulons pas dire par là que dans les colonies les causes productrices de varices lymphatiques ne sont pas plus nombreuses. Le séjour dans ces contrées semble, au contraire, avoir une action très nettement prédisposante sur le système lymphatique. Dans l'observation qui nous intéresse, le malade en question fit un séjour de deux ans à la Nouvelle-Calédonie et de huit mois en Cochinchine ; l'affection dont il fut atteint semble avoir débuté très peu de temps après sa rentrée de la Nouvelle-Calédonie.

A côté du climat l'âge ne semble pas jouer un très grand rôle. Les lymphangiectasies se rencontrent à tout âge, sauf peut-être dans la jeunesse, au-dessous de douze ans et dans la vieillesse au-dessus de soixante-dix. Quant aux varices congénitales, M. Delobel les admet tout en faisant des réserves. Il semble bien qu'à proprement parler, les varices congénitales n'existent pas ; c'est plutôt une pré-

disposition héréditaire qui permet aux varices de se constituer plus facilement.

Le sexe et la race n'ont aucune influence sur les varices lymphatiques ; l'homme et la femme sont atteints dans les mêmes proportions. Dans les pays tropicaux on rencontre des lymphangiectasies chez le nègre comme chez le blanc.

Les causes des varices lymphatiques, que nous venons de décrire, sont de second ordre ou accessoires. Il nous reste à voir les facteurs prédisposants dits : essentiels.

Le premier est un facteur mécanique, susceptible d'oblitérer la lumière du conduit lymphatique. L'obstruction peut être extra-vasculaire, elle est produite par une lésion de la peau, soit néoplasique, comme l'indiquent Balzer, Merle et Rubens-Duval ; soit bacillaire secondaire à un lupus, tel le cas de Balzer et Poisot.

Les tumeurs inguinales ganglionnaires peuvent par leur masse comprimer les vaisseaux lymphatiques voisins et faciliter ainsi les lymphangiectasies ; il en est de même des tumeurs rétro-péritonéales (Bussy), tels que fibrome volumineux et utérus gravide, pouvant obturer le canal thoracique. Certaines malformations congénitales, des brides fibreuses et sous-cutanées peuvent étrangler les vaisseaux lymphatiques et permettre leur ectasie ultérieure (Péterson).

L'obstruction peut encore être due à des causes pariéto-vasculaires, c'est-à-dire siégeant à l'intérieur de la paroi. C'est ainsi que la blessure de ces vaisseaux peut donner naissance à un tissu cicatriciel qui, par son accroissement,

rétrécira de plus en plus la lumière du canal jusqu'à son complet effacement.

L'obstruction endo-vasculaire est de beaucoup la plus importante ; elle résulte soit de thromboses lymphatiques, survenant à la suite d'une lésion irritative de l'endothélium, soit d'embolus lymphatiques. Ces embolus peuvent être constitués par des éléments organiques, tels que des débris de foyer tuberculeux, comme l'a signalé Thielesen ; ou encore des débris de tumeurs néoplasiques.

De toutes ces causes d'obstruction, la principale, celle qui se rencontre le plus souvent, dans les pays chauds, qui peut non seulement provoquer des lymphangiectasies, mais encore de graves désordres dans tout l'organisme, est de nature parasitaire : nous avons nommé la filariose. La filaire, que l'on rencontre dans ce cas, est, la plupart du temps, du genre « *Filaria-sanguinis hominis* » de Bancroft, dont l'étude a été surtout faite par M. R. Le Dentu. Cette filaire peut provoquer des oblitérations soit par elle-même, soit par ses œufs. Par elle-même, on la rencontre alors à deux âges différents de son existence, à l'âge embryonnaire et à l'âge adulte. La filaire embryonnaire, ou microfilarie, est un animacule de 300 μ de long et de 7 μ de large, qui circule dans la lymphe et dans le sang ; c'est celle que l'on rencontre le plus souvent ; elle forme dans ce cas, par agglomération, de véritables bouchons, obstruant complètement les lymphatiques. La filaire adulte, ou macrofilarie, a l'aspect d'un fil de sept à dix centimètres de long pour la femelle et de trois à quatre pour le mâle. On l'appelle filaire nocturne, parce qu'on ne la ren-

contre dans le sang que la nuit. Quand elle pénètre dans un lymphatique, elle peut l'obstruer par elle seule, car souvent elle est roulée en spirale. L'obstruction lymphatique causée par les œufs de la filaire est assez rare. Ces œufs ne sont mis en liberté dans le sang ou dans la lymphe que par suite de leur avortement, l'animal adulte étant vivipare. Ils peuvent s'arrêter au niveau des lymphatiques intra-ganglionnaires et provoquer une obstruction soit incomplète, soit totale, qui donnera naissance ultérieurement à une adéno-lymphocèle.

L'évolution de la filaire est très simple à comprendre ; elle se fait dans le corps d'un moustique, le « *Stegomya calopus* », dont la femelle possède au niveau de la tête un rostre puissant qui peut perforer la peau humaine. Cette femelle circule la nuit avide de sang humain ; elle peut ainsi aller piquer les malades atteints de filariose. Dans ce cas, elle pompe, avec le sang, des embryons de filaire. Ces embryons ne sont autres que les microfilaires qui subissent leur période larvaire dans le corps du moustique pendant douze à dix-sept jours. Les microfilaires, qui, dans le sang de l'homme, sont enfermés dans une gaine ovalaire à l'intérieur de laquelle ils se meuvent très rapidement, perdent leur caractère embryonnaire. Le moustique pond et meurt à la surface des marécages. Les larves filariennes se répandent dans l'eau marécageuse et si un individu vient à boire cette eau, il absorbe les jeunes filaires qui ne tarderont pas à pénétrer dans le sang et à provoquer les désordres connus sous le nom de filariose. Plusieurs auteurs coloniaux prétendent même que les lar-

ves de filaire peuvent pénétrer à l'intérieur de l'organisme humain à la suite d'un simple bain. D'autres pensent qu'il en est comme pour l'hématozoaire du paludisme ; les piqûres de moustique femelle pouvant introduire sous la peau des larves de filaires.

Le *Stegomya calopus* n'est pas le seul insecte hôte intermédiaire de la filaire, il existe au Bas-Niger : le *Culex pipiens* se trouve en Australie, la *Mansonia africana* au Zambèze.

Chez notre malade la filaire ne peut être mise en cause, l'examen de la lymphe et du sang, fait à l'Institut Pasteur de Saïgon et à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, a toujours été négatif.

A côté de ces causes prédisposantes, il existe des causes déterminantes, dont la principale est l'infection. Cette infection, pour se produire, demande l'adjonction d'un microbe qui peut arriver au point où siège l'obstruction, par trois voies principales : par la voie sanguine. Les germes entraînés par le courant sanguin, peuvent très facilement être lancés dans les vasa lymphaticorum où ils se développeront. Par la voie lymphatique, lorsqu'une plaie cutanée siège dans le territoire lymphatique du point oblitéré ; enfin par effraction, à la suite des blessures septiques des lymphatiques.

L'observation clinique vient démontrer l'existence de cette cause déterminante d'origine infectieuse. Les porteurs de lymphangiectasie ont fréquemment des poussées de lymphangite ou d'érysipèle au niveau de la région malade. Le début des varices lymphatiques a souvent un

épisode fébrile provoquant des crises éléphantiasiques. De plus cette infection lymphatique est superposable aux varices veineuses, qui trouvent à leur genèse un élément microbien ; il nous est permis de supposer qu'il en est de même ici. Enfin, l'examen des cultures microbiennes a très souvent été positif, les microbes que l'on rencontre dans ce cas, sont presque toujours des staphylocoques et des streptocoques (H. Brodier, Magalhaës).

CHAPITRE V

Pathogénie.

Nous avons un sujet prédisposé : de par son hérédité, de par la texture anatomique de ses lymphatiques, de par son âge, de par son séjour en pays exotiques ; quel va être le mécanisme de sa lymphangiectasie ?

Trois étapes sont nécessaires à l'organisation des varices lymphatiques, ce sont : l'obstruction, l'infection et la dilatation.

L'obstruction, due à l'une quelconque des multiples causes envisagées au chapitre précédent, provoque un arrêt de la lymphe et la stagnation de cette dernière ; il en résulte une dilatation passive du conduit, qui rend les valvules insuffisantes, provoquant une exagération de la pression lymphatique par l'intervention des lois de la pesanteur. Il se forme ainsi une sorte de vase clos, dont les parois sont mal constituées pour la lutte et dont les fibres musculaires élastiques sont absolument insuffi-

santes à rétablir l'équilibre normal du vaisseau. Ce vase clos rempli de lymphe devient un milieu propre au développement d'un germe infectieux. Le terrain étant préparé, l'agent microbien, arrivant par une des voies précédemment signalées, pourra se développer tout à son aise.

L'arrivée du microbe, c'est la deuxième étape pathogénique des lymphangiectasies. Le microbe agit par lui-même ou par ses produits de sécrétion, c'est-à-dire par ses toxines. Par lui-même, il exagère l'oblitération du conduit en provoquant des modifications dans la structure histologique du vaisseau. Ces modifications sont dues à la formation des éléments de défense, comprenant et les globules blancs et les cellules fixes du tissu conjonctif. Dans l'atmosphère cellulaire périvasculaire, il se fait une infiltration leucocytaire constituant un œdème considérable qui se fixera plus tard définitivement au point lésé et qui s'ordonnera peu à peu en une véritable hyperplasie, dont le résultat sera la constitution d'un tissu lardassé caractéristique de l'éléphantiasis.

Les éléments de défense vont en outre pénétrer peu à peu la paroi propre du vaisseau ; ils vont envahir les fibres élastiques et les fibres musculaires, les éléments nobles du lymphatique. Ces éléments nobles vont être lésés de cette façon mécaniquement, car ils vont être dissociés et peu à peu étouffés par le tissu conjonctif de nouvelle formation. Les toxines microbiennes viendront compléter cette désorganisation de la paroi, par l'irritation toxique apportée aux éléments vaso-moteurs. Le vaisseau lymphatique n'ayant plus, dès lors, d'éléments de tonicité ne

pourra plus conserver son calibre normal, il se laissera dilater et la dernière étape sera franchie, la lymphangiectasie sera constituée. Si cette dilatation variqueuse porte sur les vaisseaux lymphatiques seuls ; vaisseaux réticulaires ou vaisseaux tronculaires, nous aurons un lymphocèle ; si les lymphatiques ganglionnaires sont dilatés, ce sera l'adéno-lymphocèle. Mais pour comprendre cette dernière, il nous est nécessaire de donner un court aperçu de la texture du ganglion lymphatique.

Un ganglion lymphatique est formé de deux substances distinctes renfermées dans une membrane d'enveloppe : la substance médullaire et la substance corticale. La substance médullaire, ou zone centrale, forme le plan de soutènement du ganglion. Sa constitution intime ne nous intéresse pas ici. Au point de vue de la formation des adéno-lymphocèles, seule, la substance corticale mérite quelques explications. On peut la représenter schématiquement comme formée d'un réseau de capillaires lymphatiques, tellement serrés les uns contre les autres que les cellules endothéliales se sont fenêtrées pour constituer une infinité d'anastomoses. En pénétrant dans l'intérieur du ganglion, les vaisseaux lymphatiques perdent une partie de leurs éléments musculaires et élastiques. Ils ne restent plus constitués que par leur simple endothélium, entouré d'une mince couche enveloppante. La substance corticale a pour rôle de ralentir le courant de la lymphe, afin que celle-ci puisse recevoir les globules blancs nouvellement formés dans la substance médullaire.

Fragilité de la paroi des lymphatiques intra-ganglion-

naires, ralentissement du courant lymphatique ; ces deux causes concourent à faciliter l'apparition des adénolymphocèles, de beaucoup plus fréquentes et mieux connues que les lymphocèles purs.

CHAPITRE VI

Symptomatologie.

Les lymphangiectasies inguino-crurales, par la disposition même des organes lymphatiques de cette région, peuvent atteindre soit les ganglions, soit les vaisseaux seuls. Constituant dans le premier cas l'adéno-lymphocèle, dans le second, le lymphocèle, ces deux affections ont un ensemble de signes communs que nous allons étudier avant les signes particuliers à chaque forme clinique.

Signes communs. — Le début des lymphangiectasies est essentiellement insidieux, cela pour plusieurs raisons : ce sont des lésions absolument indolores, ne provoquant pas, au moment où elles apparaissent, de troubles fonctionnels capables d'éveiller l'attention du malade. Leur accroissement est progressif et lent ; pendant longtemps aucune tuméfaction n'est visible au triangle de Scarpa.

La période d'état met souvent des semaines et des mois avant de se constituer. Les signes physiques prédominent

surtout à cette époque. Une tumeur s'est développée, elle occupe parfois les deux régions inguinales, se développant plus d'un côté que de l'autre ; elle peut être unilatérale, elle siège alors surtout à gauche. Cette tuméfaction a, en général, dans la première phase de son évolution, la grosseur du poing ; elle gagne peu à peu les régions voisines et peut acquérir des dimensions considérables. De forme vaguement triangulaire, à base supérieure et à sommet inférieur, elle remplit l'aire du triangle de Scarpa. La peau qui la recouvre est différemment modifiée suivant qu'il s'agit d'une lésion intra-dermique, ou d'une lésion de l'assise sous-cutanée.

Jamais on ne note de battement dans la zone intéressée, la toux ne provoque pas d'expansion brusque de la tumeur. Les lymphangiectasies, quelles qu'elles soient, augmentent de volume à l'occasion de la marche et des fatigues de la journée. La chaleur a une action identique, la chose nous explique le volume plus considérable des varices lymphatiques des pays chauds. Le repos, notamment le repos dans le décubitus dorsal, les atténue.

Vient-on à palper la tumeur, les sensations perçues sont différentes suivant le territoire lymphatique atteint. La peau est souvent modifiée dans sa consistance et dans son épaisseur ; sa température reste normale, à moins d'une lymphangite surajoutée à la lésion primitive.

Quant au retentissement à distance de la tumeur, il n'apparaît que lorsque celle-ci a acquis un volume assez considérable. Il relève de phénomènes d'ordre compressif,

intéressant le système nerveux, artériel, veineux ou lymphatique.

Les principaux troncs nerveux représentés ici par les branches internes du crural peuvent être comprimés. Il en résulte des douleurs irradiées à la région obturatrice, à la région génitale et à la face interne de la cuisse et du genou. L'anatomie nous enseigne que ce sont en effet les branches de l'obturateur, du génito-crural, du musculo-cutané et du saphène interne qui peuvent être le plus souvent comprimées par une lymphangiectasie inguino-crurale.

La compression artérielle, plus rare que la compression veineuse, amène, lorsqu'elle existe, une gêne circulatoire caractérisée par de l'engourdissement du membre inférieur et par l'apparition de troubles trophiques. Ces troubles trophiques consistent en : sécheresse de la peau, placard d'érythème, poussée d'eczéma et desquamation. Les ongles des orteils deviennent cassants, striés, fragiles et peuvent tomber.

La jambe est pâle et plus froide que celle du côté opposé. Les troubles artériels, joints aux troubles nerveux, peuvent être la cause d'une atrophie notable des masses musculaires.

Les compressions veineuses sont les plus fréquentes de toutes, surtout lorsque la lymphangiectasie est superficielle. Pendant une longue période on ne voit apparaître que du gonflement des troncs veineux. Les veines dessinent des arborisations saillantes sous la peau. Peu à peu, le membre inférieur se cyanose, de l'œdème malléolaire

apparaît ; il remonte lentement vers la racine de la cuisse. Cette gêne, apportée à la circulation de retour, favorise le développement de varices veineuses, pouvant donner naissance à des poussées de phlébites.

La circulation lymphatique est troublée, la lymphe s'accumule à la périphérie du membre. Les lymphatiques intradermique se dilatent, les mailles du tissu cellulaire sont distendues par les nombreux globules blancs immobilisés. La peau s'épaissit de ce fait. Les cellules mobiles et les cellules fixes donnent naissance à du tissu conjonctif ; l'éléphantiasis se constitue peu à peu. Il y a presque toujours un certain degré d'inflammation provoquant une réaction ganglionnaire dans les territoires sus-jacents.

Les symptômes généraux des lymphangiectasies font défaut dans la plus grande partie des cas ; tout au moins dans les premiers temps. Il n'y a jamais de fièvre, à part complication. Certains auteurs (Amussat, R. Le Dentu, Brodier), ont signalé des troubles digestifs, consistant en nausées, vomissements, anoréxie et diarrhée ; dans des cas exceptionnels, il y aurait eu des vertiges et un amaigrissement notable.

Adéno-lymphocèle. — A côté de ces signes communs à toutes les lymphangiectasies, nous devons envisager les signes particuliers aux différentes formes que l'on rencontre dans la région inguino-crurale.

L'adéno-lymphocèle peut être superficielle, au-dessus de l'aponévrose fémorale, ou profonde au-dessous de cette même aponévrose. Le début, nous l'avons vu précédemment, est insidieux, nous n'y insisterons pas. Si à cette

époque l'on vient à palper cette région, on ne rencontre souvent que quelques gros ganglions indolores, roulant sous le doigt.

A la période d'état, lorsque l'affection est constituée, ce sont plutôt les signes physiques qui attirent l'attention, les signes fonctionnels passant au second plan. Une tumeur a peu à peu envahi le triangle de Scarpa, la peau a conservé et conserve longtemps sa coloration normale. A la longue, elle se ride, prend une couleur plus foncée et peut présenter une vascularisation plus ou moins étendue. Le méplat normal de la région inguino-crurale n'existe plus, il est remplacé par une tuméfaction de volume variable.

L'adéno-lymphocèle est la lymphangiectasie qui atteint le développement le plus considérable. Les causes capables d'en augmenter le volume existent ici mieux que dans n'importe quelle forme.

La tumeur est lisse, d'aspect homogène chez certains malades, elle est le plus souvent irrégulière, mamelonnée, la peau qui la recouvre présente des sillons la divisant en lobes et en lobules arrondis de la grosseur d'une noix.

La palpation montre que la peau n'adhère pas à la tumeur sous-jacente, du moins dans les premiers temps de son évolution. A la longue, au contraire, elle peut être fortement adhérente et épaissie. Cette palpation n'est en général nullement douloureuse, le malade se laisse examiner sans la moindre résistance. L'adéno-lymphocèle superficielle a une consistance molle, pâteuse, elle est mobile sur les plans profonds. Elle présente des zones facilement dépressibles, tandis que d'autres sont dures, résistantes.

On peut noter également une fluctuation spéciale ; en comprimant la tumeur au niveau de son pôle inférieur, il semble que l'on refoule un liquide visqueux et épais ; l'impression obtenue ainsi a été comparée, avec juste raison, par M. Brodier, à celle que l'on aurait en pressant entre les doigts « un amas de petits tubes de caoutchouc enroulés en tous sens ».

Vient-on à percuter la tumeur, la matité perçue est assez semblable à celle du lipome. L'auscultation ne révèle ni bruits de souffle, ni craquements.

Les troubles fonctionnels, nous l'avons dit, font défaut pendant longtemps. Il n'y a aucune douleur spontanée dans le territoire atteint, ni diurne, ni nocturne. On note assez fréquemment, toutefois, une sensation de pesanteur continue. L'adéno-lymphocèle profonde, volumineuse, peut s'accompagner des signes de compression précédemment étudiés, et sur lesquels il est inutile de revenir.

Lymphocèles. — Les lymphocèles renferment : les varices tronculaires et les varices réticulaires. Les varices tronculaires sont formées aux dépens des gros troncs lymphatiques sous-cutanés, sus-aponévrotiques et des troncs profonds sous-aponévrotiques. Les varices réticulaires, elles, sont constituées par l'ectasie des capillaires intra-dermiques. C'est cette dernière forme qui devra retenir surtout notre attention, car, l'observation qui a servi de point de départ à ce travail, est un exemple de lymphocèle intra-dermique.

Varices tronculaires. — Les varices tronculaires sont superficielles ou profondes. Superficielles, elles apparais-

sont sous forme de cordons isolés que l'on peut parfois constater à la surface de la peau. La palpation, le plus souvent, renseigne seule. Elle permet de sentir des cordons durs, bosselés, pouvant atteindre le volume d'une plume d'oie, correspondant au trajet des troncs lymphatiques. Les ganglions sont perceptibles, mais normaux. Les lymphocèles superficiels peuvent aussi se rencontrer sous forme de paquets variqueux caractérisés par la présence de tubes enchevêtrés, constituant une véritable tumeur (Brodier).

Lymphocèle profond. — Les varices profondes pures sont excessivement rares ; elles siègent au-dessous de l'aponévrose fémorale, le long des vaisseaux fémoraux ; elles coexistent la plupart du temps avec des lymphangiectasies intra-dermiques ou avec une adéno-lymphocèle superficielle. Quand elles existent seules, elles passent le plus souvent inaperçues du médecin et ignorées du malade. Elles peuvent provoquer des sensations de pesanteur et de tiraillement dans la région interne de la cuisse. Les crises douloureuses véritables sont très rares. Ces lymphangiectasies ne sont pas en général assez développées pour amener de l'œdème et de la cyanose du membre inférieur. En palpant, on perçoit une tuméfaction profonde, allongée parallèlement aux vaisseaux fémoraux, de consistance molle, qu'il est dans certains cas bien difficile de rapporter à sa véritable nature.

Lymphocèle intra-dermique. — Le lymphocèle intra-dermique est une lésion excessivement rare, qui a été peu

étudiée jusqu'à ce jour. L'observation du malade qui a servi de point de départ à ce travail, due à l'amabilité de M. le professeur Jacob, du Val-de-Grâce, est assez typique pour servir à la description de la symptomatologie de cette affection.

Le début est peut-être plus insidieux encore que dans les autres formes de lymphangiectasies. Le seul signe que l'on puisse noter à cette époque, est l'épaississement progressif et une coloration plus foncée de la peau de la région crurale. Peu à peu, cette peau se ride, se boursoffle et le lymphocèle se constitue.

A la période d'état, on note la présence d'une tumeur siégeant, **en général, immédiatement** au-dessous du pli de l'aîne, de forme ovalaire à grand axe orienté parallèlement à l'arcade de Fallope. Cette tuméfaction s'étend sur une longueur de dix à douze centimètres et sur une largeur de trois ou quatre. Les dimensions du lymphocèle sont presque toujours inférieures à celles de l'adéno-lymphocèle. La peau prend un aspect tout particulier ; elle est tomentueuse, **mamelonnée**.

La surface de la tumeur est formée par la réunion d'un grand nombre de petites vésicules qui donnent à toute la masse un aspect de chou-fleur.

Les vésicules sont souvent lisses et tendues. Dans certains cas, elles peuvent être rugueuses et framboisées ; elles sont parfois incolores, transparentes, pouvant être prises, facilement, pour des vésicules d'herpès. Chez notre malade, elles avaient le volume d'un pois, d'une petite cerise et une coloration sucre d'orge. Le pourtour de ces

vésicules est plus foncé que la surface, brunâtre ou rouge. Fréquemment à côté de cette tumeur principale on peut noter, dans les régions voisines, et surtout dans la région inguinale au-dessus de l'arcade de Fallope, la présence d'un certain nombre de petites vésicules disposées en chapelet, ayant les mêmes caractères que la tumeur principale et apparaissant soit en même temps qu'elle, soit peu après.

Comme l'adéno-lymphocèle, le lymphocèle est susceptible d'augmenter de volume dans certains cas. La consistance de cette masse intra-dermique est molle, pâteuse, dépressible ; au-dessous d'elle on peut percevoir deux ou trois ganglions durs et augmentés de volume. La tumeur est réductible, la fluctuation existe souvent, elle est surtout très nette dans le cas où, au niveau de la région inguinale, existe une seconde tumeur. On peut alors, en comprimant la masse crurale, voir augmenter le volume de la masse inguinale ; on éprouve la sensation très nette de refouler une certaine quantité de liquide. La région comprimée s'efface et à la place des vésicules disparues, le doigt a l'impression d'appuyer sur des anneaux accolés, tandis que les régions voisines deviennent plus saillantes et plus volumineuses. Cette fluctuation était très nette chez le malade de M. le professeur Jacob.

Le suintement continu de la lymphe est un signe à peu près constant des lymphocèles. La plupart des auteurs en parlent ; mais beaucoup le confondent avec la lymphorragie qui, elle, constitue une grave et fréquente complication. Ce suintement s'établit par endroits, il est en général très léger et apparaît spontanément. Les vêtements, immé-

diatement en rapport avec la tumeur, sont humides et empesés. Le liquide qui peut être recueilli est clair et légèrement citrin ; l'examen du laboratoire montre qu'il s'agit de lymphe. La compression de la tumeur peut augmenter sa quantité.

Les signes fonctionnels des lymphocèles n'existent pour ainsi dire pas ; rarement on observe de l'œdème ou des douleurs ; seul le volume de la tumeur peut amener une gêne dans les mouvements de la marche et de la flexion de la cuisse sur l'abdomen. A la longue, la peau s'épaissit et se ride ; des ulcérations apparaissent pouvant amener une lymphangite mortelle. L'envahissement des régions abdominales et scrotales se produit peu à peu. Ce sont des cas très rares, les malades n'attendent pas que la lésion prenne un semblable développement pour se faire traiter, évitant ainsi les graves complications que nous allons maintenant étudier.

CHAPITRE VII

Evolution, Complications.

L'évolution des lymphangiectasies varie suivant la cause de cette affection. En règle générale, on peut dire que le développement en est lent et progressif. Parfois la maladie s'arrête pendant un temps plus ou moins long pour reprendre à un moment donné sa marche envahissante ; la tumeur gagne alors les régions voisines ; le système lymphatique, des fosses illiaques et lombaires, se prend. Le canal thoracique lui-même peut ne pas être épargné. Du côté des organes génitaux, le scrotum peut être envahi. La peau des bourses et de la verge est épaissie, ridée, elle descend au-devant des cuisses ; à cette affection les auteurs ont donné le nom de *lympho-scrotum*.

L'évolution des lymphangiectasies est plus rapide dans les pays chauds que dans les pays tempérés. On peut même voir rétrocéder parfois une adéno-lymphocèle, à la suite d'un changement de climat.

Dans les cas de lymphangiectasie filarienne, il est très difficile d'assigner une durée à la période d'incubation, car en général, il est impossible de saisir le moment où la filaire pénètre dans la circulation. En moyenne, ce n'est qu'après un an, et même après trois et quatre d'habitat de la filaire dans l'économie, que se produisent les manifestations filariennes. On a rencontré des cas où l'ectasie lymphatique s'est produite après dix et vingt ans.

La guérison spontanée est exceptionnelle ; les vaisseaux lymphatiques ont perdus leurs éléments de soutien ; ils n'ont aucune tendance à reprendre spontanément leur calibre normal. Quand la lymphangiectasie est abandonnée à elle-même, la mort peut survenir par suite des complications que nous allons maintenant étudier.

Complications. — Les complications des adéno-lymphocèles et des lymphocèles peuvent être divisées en : complications mécaniques et en complications inflammatoires.

Une des plus importantes complication mécanique est la lymphorragie. Nous avons vu, à propos de la symptomatologie, que les lymphocèles intra-dermiques s'accompagnaient, presque toujours, d'un léger suintement de lymphe. Nous avons fait remarquer à ce propos, qu'il ne fallait pas confondre ce suintement avec l'écoulement plus abondant qui est la lymphorragie. Cette dernière peut être due à une usure progressive de l'épiderme, provoquée elle-même soit par l'accroissement continu de la tumeur, soit par le frottement répété des vêtements. Elle peut aussi être traumatique. Dans certains cas, la quantité de lymphe écoulée est minime ; dans d'autres, au contraire, la lym-

phorragie a pu être tellement abondante qu'elle causa de graves désordres dans l'organisme, Desjardins cite l'observation d'un malade qui perdit, pendant vingt heures, 125 grammes de lymphe par heure. M. Delobel rapporte un cas de lymphorragie dans lequel l'écoulement s'élevait à huit centimètres cubes par heure.

A la suite de ces lymphorragies surviennent souvent des ulcérations et des fistules lymphatiques surtout si l'écoulement continu. Ces ulcérations donnent à la tumeur un aspect fongueux, à parties gangrenées et fétides ; elles se produisent aussi bien dans les adéno-lymphocèles que dans le lymphocèle.

Les hémorragies qui ont pu être observées dans les ectasies lymphatiques n'ont jamais été très importantes.

A la suite des complications que nous venons d'étudier, on voit apparaître souvent un état d'anémie progressif, dû à la grande perte de lymphe dont a été privé l'organisme ; cette anémie est caractérisée par un affaiblissement continu, qui aboutit à ce que l'on a appelé : la cachexie lymphatique.

Les complications inflammatoires peuvent être locales ou générales. Parmi les complications locales, nous signalerons tout d'abord la lymphangite circonscrite. A la suite d'une solution de continuité des téguments qui recouvrent la tumeur, on voit apparaître la rougeur et de la chaleur de la peau ; en même temps qu'il existe des douleurs spontanées à ce niveau, les lymphatiques forment des arborisations violacées, les ganglions inguinaux sont aug-

mentés de volume et douloureux à la pression. La lymphangite circonscrite guérit généralement.

La lymphangite diffuse est autrement grave. Elle peut succéder à la première, ou apparaître d'emblée ; elle est annoncée par des symptômes généraux, tels que : frissons, fièvre élevée, pouls rapide, délire et prostration.

Du côté de la tumeur on note : une coloration rouge foncé, du gonflement et de l'œdème de tout le membre inférieur. Le ventre est tendu et douloureux, la mort survient, en général, dans les quarante-huit heures.

L'érysipèle localisé est fréquent. Il est en général peu grave et guérit souvent spontanément ; mais il est sujet à récidive.

A côté de ces complications, de beaucoup les plus fréquentes, il faut signaler encore l'hématochylurie provoquée par l'abouchement d'énormes varices lymphatiques abdominales, dans les voies d'excrétion de l'urine.

L'ascite et la pleurésie chyleuse ont été plus fréquemment signalées en Europe qu'aux colonies. M. Brodier cite un fait clinique observé sur un malade de M. Baudrimont, de Bordeaux, remarquable par la coexistence de l'ascite et de l'adéno-lymphocèle. Le matin, la tumeur ganglionnaire était peu volumineuse, l'ascite considérable ; le soir, la tumeur s'était accrue, tandis que l'ascite avait presque disparu.

De toutes les complications que nous venons de signaler, l'érysipèle et la lymphangite sont les plus fréquentes. Elles sont malgré tout assez rares, car les malades, presque toujours, se font opérer avant qu'elles ne se produisent.

CHAPITRE VIII

Anatomie pathologique.

L'anatomie pathologique des varices lymphatiques doit comprendre l'étude des adéno-lymphocèles et des lymphocèles.

Adéno-lymphocèle. — La description de l'adéno-lymphocèle et son étude anatomo-pathologique ont été faites par Théodore Anger, Mazaë Azema, Bousquet, Baudrimont, Meslay. N'ayant aucun fait nouveau à apporter à cette question nous nous contenterons d'en faire une étude rapide.

Au chapitre de la symptomatologie, nous avons vu que l'adéno-lymphocèle de l'aîne est ordinairement symétrique toujours plus volumineuse à gauche. La tumeur formée par un amas de ganglions et de vaisseaux lymphatiques ectasiés, présente deux pédicules, l'un supérieur qui s'engage toujours dans l'anneau crural, l'autre inférieur,

venant des lymphatiques de la jambe. Ces pédicules sont constitués par les vaisseaux afférents et efférents.

La tumeur, une fois extraite de l'organisme et débarrassée du tissu graisseux qui l'entoure, se présente comme une masse irrégulière, de volume variable, renfermant trois ou quatre nodules de la grosseur d'une noix. Ces nodules ne sont autres que les ganglions inguinaux très augmentés de volume, adhérents à un lacis de canaux lymphatiques variqueux. La masse est complètement entourée d'une enveloppe lamineuse constituée par le tissu cellulaire refoulé puis condensé. Venons-nous à enlever cette sorte de membrane d'enveloppe, nous constatons dans la majorité des cas, que les vaisseaux lymphatiques afférents et efférents ont subi le processus ectasique. Ils forment un réseau de tubes entrelacés offrant de nombreuses dilatactions moliniformes de la grosseur d'un grain de mil ou d'un grain de blé. La consistance de la tumeur n'est pas égale sur tous ses points. Elle est molle et dépressible dans sa presque totalité, dure et résistante au niveau de quelques ganglions non atteints d'adéno-lymphocèle. A l'ouverture, la tumeur laisse échapper une grande quantité de lymphe et se retracte. Amussat a comparé l'aspect qu'elle prend alors, à celui des vésicules spermatiques ouvertes. L'examen microscopique montre la constitution intime de l'adéno-lymphocèle ; cette lésion altère les ganglions dans leur structure et dans leur aspect ; ce qui domine, c'est la dilatation des vaisseaux lymphatiques intra-ganglionnaires. Le diamètre de ces vaisseaux variqueux est souvent énorme. Nélaton en a rencontré ayant de deux à

trois millimètres de diamètre, ils sont couverts à l'intérieur d'un endothélium continu ; leur paroi est hypertrophiée, elle est constituée par du tissu conjonctif. Le parenchyme glandulaire est en partie détruit. Les vaisseaux dilatés l'ont peu à peu dissocié et autour des canaux intra-ganglionnaires on ne trouve plus en général qu'un tissu réticulaire et caveux provenant de la transformation du tissu glandulaire. D'autres fois la masse parenchymateuse paraît formée de tissu conjonctif dense, mêlé de quelques fibres élastiques, creusé de lacunes lymphatiques et parcouru de vaisseaux à parois scléreuses (Brodier).

L'adéno-lymphocèle adhérente à la peau ne diffère de l'adéno-lymphocèle circonscrite que par l'absence de capsules graisseuses. C'est une lésion beaucoup plus diffuse que la première.

Lymphocèle. — Le lymphocèle intra-dermique est la lésion qui doit surtout retenir notre attention, l'observation que nous possédons est un cas type de varice intra-dermique.

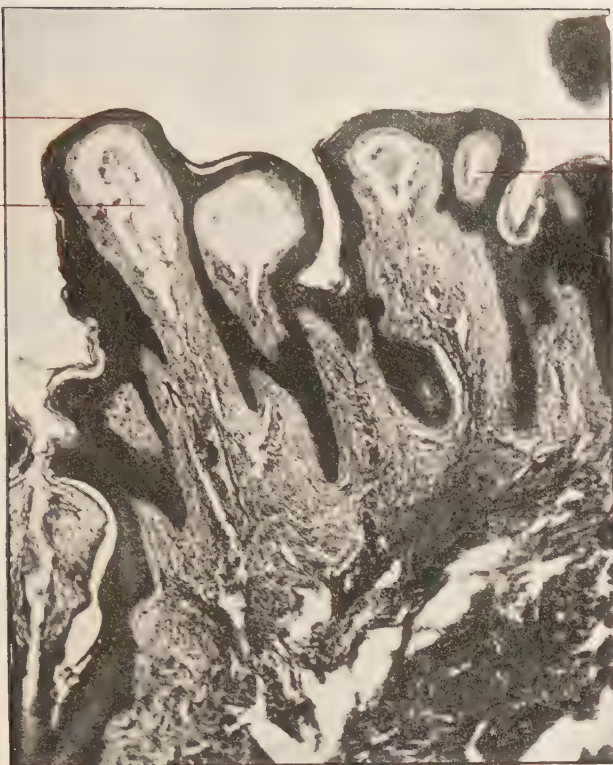
Dans la littérature française, il n'existe peut-être pas deux observations aussi caractéristiques que celle qui nous intéresse et que nous devons à l'amabilité de M. le professeur Jacob. Dans la littérature allemande, nous n'avons trouvé que deux cas de lymphangiectasie pouvant être comparés au nôtre : l'un décrit par Haferkorn, de Leipzig ; l'autre par Albrecht, de Vienne. Les auteurs allemands se sont plutôt occupés des lésions congénitales du lymphangiome que des lésions acquises, c'est pourquoi nous pouvons dire que notre observation est unique.

Nous devons rappeler brièvement les quelques signes cliniques permettant l'étude macroscopique du lymphocèle intra-dermique : La tumeur chez notre malade formait une masse ayant environ la grosseur du poing, siégeant immédiatement au-dessous de l'arcade inguinale. Elle avait une forme ovoïde à grand axe parallèle à l'arcade de Fallope.

Cette tumeur était de consistance mollassse, mobile sur les plans profonds de la région inguinale, elle faisait intimement corps avec la peau. Sa surface était irrégulière et mamelonnée, constituée par une multitude de vésicules brillantes et lisses. Ces vésicules laissaient suinter un liquide qui n'était autre que la lymphe. Extirpée, la tumeur fut examinée au laboratoire d'anatomie pathologique de l'hôpital Saint-Louis par M. le docteur Gastou.

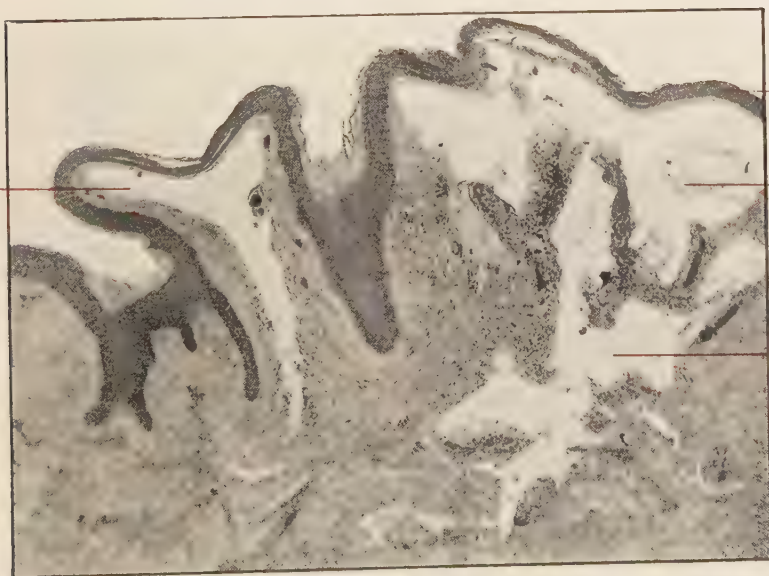
Examen microscopique. — Les coupes de la peau et des ganglions colorés à l'hématoxiline-éosine et au van-Gieson offrent les détails suivants :

L'épiderme est aminci d'une façon générale. Par places, au niveau des vésicules, il est réduit à l'épaisseur de quelques cellules ; les travées épithéliales sont diminuées en épaisseur et en longueur ; le corps muqueux de Malpighi est, lui aussi, aplati et atrophié par la pression sous-jacente. On ne note pas sur les préparations de couches à elléidine, les noyaux des cellules sont allongés vers le derme. Dans les régions où la peau est respectée, les cellules épidermiques sont peu altérées par elles-mêmes. Le corps papillaire se trouve distendu par de vastes cavités qui viennent affleurer les couches superficielles de l'épiderme et semblent prêtes à s'ouvrir à la surface de la



LYMPHOCÈLE INTRA-DERMIQUE

- 1 Epiderme.
- 2 Dilatation lymphatique intra-papillaire.
- 3 Hypoderme.



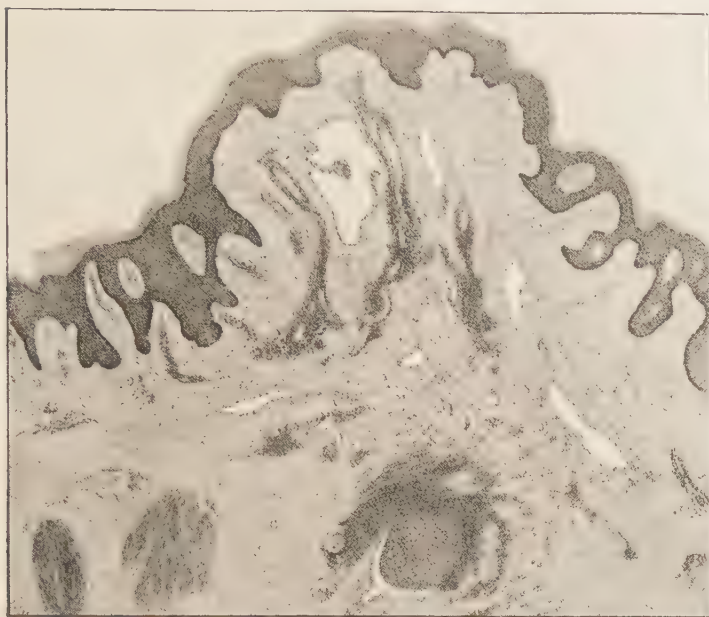
LYMPHOCÈLE INTRA-DERMIQUE

- 1 Epiderme.
- 2 Dilatation lymphatique intra-papillaire.

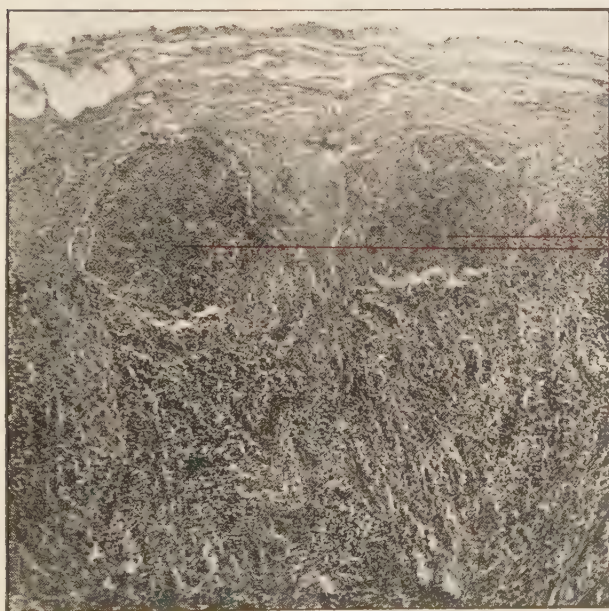
Les ganglions extraits de la tumeur offrent peu d'altération à l'examen microscopique, cependant on constate des dilatations lymphatiques manifestes au niveau du hile; en outre, on note également un épaississement veineux caractéristique d'un certain degré d'endophlébite. L'examen microscopique n'a pu déceler la présence dans les coupes de parasites ou de microbes. Tel est le résultat de l'examen fait par M. Gastou.

Le point capital à retenir est la présence des dilatations périphériques des lacunes terminales lymphatiques et les traces d'une inflammation ancienne.

Haferkorn publia, en 1895, dans les *Archives médicales de Leipzig*, un cas de lymphangiectasie pouvant se rapprocher du nôtre. Cet auteur constata à l'examen microscopique la présence de vésicules intra-dermiques, formées par l'élargissement des vaisseaux lymphatiques des papilles et recouvertes d'endothélium. Ces vésicules, par leur dilatation progressive, avaient aminci la couche épidermique; elles avaient même en certains points fait éclater pour ainsi dire l'extrémité supérieure des papilles, pour venir s'épanouir dans cette couche épidermique. Il remarqua également, dans ce qu'il nomme l'hypoderme, c'est-à-dire dans la couche cellulaire sous-cutanée, la présence d'espaces lymphatiques intra-cellulaires dilatés. Ces espaces étaient en rapport avec les ectasies lymphatiques intra-papillaires, leurs parois étaient tapissées d'un endothélium semblable à celui des lymphatiques. La lésion ainsi décrite se présentait chez un enfant atteint d'éléphantiasis de la jambe droite.



LYMPHANGIOME CONGÉNITAL
 décrit par Albrecht, in Deutsch. Z. f. Chirurgie, 1907



GANGLION LYMPHATIQUE

- 1 Capsule fibreuse.
- 2 Follicule lymphatique.

L'examen microscopique, chez notre malade, ne révèle pas l'existence d'espaces cellulaires ; ces espaces seraient pour Haferkorn, pour Bayer et Fischer, dus à la stagnation trop prolongée de la lymphe et à l'augmentation de pression à l'intérieur des vaisseaux lymphatiques déjà dilatés. Ces vaisseaux, se laissant très probablement rompre en certain point de leur paroi, auraient permis ainsi à la lymphe de pénétrer à l'intérieur des lames intra-cellulaires et de les dilater. Si nous en croyons ces auteurs, pour qu'une semblable lésion s'organise, il faut une évolution lente et prolongée. La communication entre les fentes intra-cellulaires et les lymphatiques a été mise en doute par certains. En tout cas c'est une lésion que l'on ne trouve pas chez notre malade. Albrecht publia, en 1907, dans la *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, l'observation très détaillée d'un homme porteur au niveau de la région inguinale gauche, d'une tuméfaction verruqueuse, présentant un abondant écoulement de lymphe. L'examen microscopique révéla, à cet auteur, l'existence de certaines particularités qui ne purent être rencontrées chez notre malade. L'état verruqueux de la peau était produit par la dilatation des vaisseaux lymphatiques des papilles. La couche superficielle de l'épithélium était intacte sauf en quelques rares points où elle se trouvait amincie, permettant de cette façon la production des lymphorragies. Ce qui frappait surtout, c'étaient des amas de fibres musculaires lisses, siégeant dans le chorion et réunis sous forme de pelotons, ayant environ le volume d'une glande sébacée. En outre, le chorion et le tissu cellulaire sous-cutané étaient infiltrés de

cellules rondes ; par places on notait, chose importante selon l'auteur, la présence d'une formation spéciale ressemblant à du tissu adénoïde, qu'Albrecht nomma follicules lymphatiques. Ces follicules renfermaient des lymphocytes et des cellules germinatives. D'après ces caractères histologiques, et d'après surtout l'existence de ces follicules lymphatiques, Albrecht posa le diagnostic de malformations congénitales de l'appareil lymphatique, ou de lymphangiome caverneux congénital. Dans nos coupes, on ne retrouve pas l'existence de ces pelotons musculaires lisses, ou de ces follicules lymphatiques décrites par Albrecht, comme caractéristique d'une lésion congénitale. L'évolution et la marche de la lésion, chez notre malade, ne sont pas non plus en faveur d'une affection congénitale. Nous pouvons donc dire que nous sommes en présence d'une lésion acquise. L'examen des coupes a permis de constater, nous l'avons déjà indiqué, le reliquat d'une inflammation ancienne, tant au niveau des papilles qu'au niveau du hile des ganglions.

Quant à l'origine de cette inflammation, c'est un point difficile à élucider. La filaire n'a été rencontrée, ni dans le sang, ni dans la lymphe, ni à l'examen des coupes. M. Hoche a eu l'attention attirée par l'état du hile ganglionnaire ; il s'est demandé si l'on n'avait pas affaire à une lésion inflammatoire chronique avec quelques cellules géantes, qui aurait provoqué une obstruction des canaux afférents permettant aux ampoules lymphatiques intra-dermiques de se dilater. La preuve n'a pu être faite, n'ayant pas pu avoir à notre disposition la pièce entière.

CHAPITRE IX

Diagnostic.

La symptomatologie des varices lymphatiques de la région inguino-crurale étant connue de nous, voyons maintenant quelles sont les affections pouvant donner le change à ces dernières. Abordons donc la question du diagnostic différentiel.

Diagnostic différentiel. — La peau de la région inguino-crurale recouvre une tumeur de volume variable, plus ou moins régulière, tendant à remplir l'aire du triangle de Scarpa ; avons-nous affaire à une adéno-lymphocèle superficielle ou profonde, ou à toute autre lésion ?

De par l'anatomie, nous savons que les hernies crurales viennent se développer ordinairement dans la région qui nous intéresse ; un certain nombre de caractères propres à cette affection nous permettra d'en faire le diagnostic. La hernie est en général du volume d'une noix ou d'une petite mandarine, arrondie, régulière et souvent réductible.

En pressant légèrement la base de la tumeur, celle-ci s'efface ; on peut la faire réapparaître très facilement en faisant tousser le malade. La réductibilité des lymphangiectasies de l'aîne nous offre des caractères spéciaux que Magalhaës a décrit ainsi : « Si l'on fait coucher horizontalement, avec le siège relevé par un coussin, un malade porteur de varices lymphatiques crurales, on voit la tuméfaction diminuer graduellement ou lentement, parfois même disparaître ; si alors on pratique une compression manuelle au-dessus des varices du côté central, et si, en maintenant cette compression, on laisse le malade se relever sans brusquerie, on constate la réapparition graduelle de la tumeur grâce à l'afflux et à l'accumulation de la lymphe arrivant de la périphérie. Or, cette reconstitution du volume de la tuméfaction n'aurait pas lieu s'il s'agissait d'une hernie épiploïque. Il faut le dire de suite : la compression du côté de la périphérie ne pourra pas constituer une contre-preuve parce que les varices lymphatiques permettent un retour de la lymphe du centre par les vaisseaux dilatés » (R. Le Dentu, Delbet, Art. Brodier).

La hernie irréductible peut prêter à confusion. L'épiplocèle, en particulier, peut se présenter sous la forme d'une masse multilobée, siégeant sous le ligament de Fallope dans le triangle de Scarpa. Elle est mate à la percussion, donne au doigt la sensation de pelotons enroulés. On peut cependant nettement la délimiter, sentir un pédicule profond s'engageant dans l'anneau crural ; dans les adénolymphocèles, ces caractères n'existent pas. Les commémoratifs, en outre, permettent d'assurer le diagnostic ; la

hernie crurale est toujours une hernie d'efforts à apparition brusque. Le lipome se rencontre souvent dans cette région crurale, sa consistance est plus ferme que celle des lymphangiectasies, la peau qui le recouvre adhère aux plans sous-jacents. Elle présente très nettement le signe de la peau d'orange. La réductibilité n'existe pas.

L'angiolipome se rapproche davantage de l'adéno-lymphocèle ; les caractères qui l'en différencient sont : l'absence de réductibilité, de fluctuation et l'intégrité de la peau.

L'angiome veineux peut parfois être assez développé pour former une tumeur mollassée et réductible. C'est une affection très rare au niveau du triangle de Scarpa ; quand elle existe la peau est intéressée, elle est sillonnée de varicosités bleuâtres ; les veines sous-cutanées se sont dilatées, la compression des régions voisines augmente le volume de la tumeur. Cette coloration spéciale de la peau manque dans les varices lymphatiques. La palpation des plans profonds est négative dans l'angiome ; dans les lymphangiectasies, elle permet, au contraire, de constater la présence d'une tumeur offrant les caractères que nous avons déjà étudiés.

Les abcès froids sont fréquents au niveau de la base du triangle de Scarpa. Ils peuvent naître sur place ou au contraire venir de régions fort éloignées, du rachis par exemple. A une période peu avancée de leur évolution, la peau et le tissu cellulaire sous-cutané ont conservé leurs caractères normaux. Vient-on à palper la région crurale, on perçoit à cette époque une tuméfaction molle, fluc-

juante, contenant parfois des masses inégales et dures. La coexistence d'un mal de Pott en évolution, ou d'une lésion osseuse, fémorale ou coxale, mettront sur la voie du diagnostic. A une période plus avancée, l'abcès froid acquiert des adhérences avec la peau ; celle-ci prend une coloration plus foncée et s'amincit ; des fistules laissant échapper un pus jaunâtre et grumeleux, ne tardent pas à apparaître. L'état du sujet, en outre, est gravement atteint. Le malade est pâle, anémié et présente souvent à cette époque des lésions pulmonaires. Aucune hésitation n'est possible entre une semblable affection et une adéno-lymphocèle.

Quant au diagnostic différentiel entre une lymphangiectasie et un anévrisme de l'artère fémorale, ce sera chose facile. L'anévrisme est une tumeur molle et dépressible, possédant un certain nombre de caractères pathognomoniques. Il est animé de battements synchrones au pouls ; il est doué d'expansion, c'est-à-dire qu'en appliquant plusieurs doigts sur la tumeur, on sent que ceux-ci sont repoussés par un véritable élargissement de la masse. Le pouls de la pédieuse est retardé par rapport à celui du côté opposé. Vient-on à pratiquer l'auscultation locale, on perçoit un souffle isochrone à la systole cardiaque. Dans les lymphangiectasies, nous n'avons rien de semblable.

Les dilatations veineuses et, en particulier, les varices intéressant le territoire de la saphène interne, ne seront pas confondues avec les adéno-lymphocèles ou les lymphocèles. Elles siègent le long de la face interne de la cuisse et de la jambe, sous forme de cordons bleuâtres,

saillants sous la peau ; la pression la plus légère et l'élévation du membre les font disparaître.

Les déformations éléphantiasiques, accompagnant de vieilles varices veineuses, pourront être confondues avec l'éléphantiasis due aux ectasies lymphatiques. Dans ce dernier cas, la lésion lymphatique est assez développée pour avoir des caractères particuliers permettant d'en établir le diagnostic.

Des affections que nous venons de passer en revue, aucune n'intéresse le département lymphatique ; nous devons maintenant différencier les lymphangiectasies des principales lésions lymphatiques que l'on rencontre parfois au niveau du triangle de Scarpa. De ces lésions, trois surtout retiendront notre attention : la syphilis, la tuberculose et la néoplasie.

L'adénite syphilitique primaire est constituée par une pleïade ganglionnaire, satellite du chancre. Les ganglions ont le volume d'une noisette ou d'une amande, l'un d'eux est plus volumineux. Ils sont mobiles, indolores et roulent sous le doigt ; ils n'ont donc aucun caractère de dilatation variqueuse.

Les adénites syphilitiques tertiaires, à forme gommeuses, peuvent se rapprocher de l'adéno-lymphocèle, surtout lorsque les voies lymphatiques, péri et centro-ganglionnaires sont dilatées par la stase lymphatique. A cette époque l'évolution est rapide, la peau s'ulcère, laisse écouler un liquide filant, gommeux, ne ressemblant nullement à de la lymphe ; dans le doute, l'examen microscopique empêcherait la confusion.

La tuberculose ganglionnaire, dans sa forme de lymphome tuberculeux, peut prêter à confusion avec l'adéno-lymphocèle. Le début est insidieux comme dans la lésion qui nous intéresse. Une tuméfaction apparaît peu à peu due à l'hypertrophie ganglionnaire. Les ganglions sont de consistance résistante et ferme ; la pression n'y détermine pas de douleur sensible, les phénomènes de compression sur les organes voisins peuvent être semblables à ceux des lymphangiectasies ; les signes permettant le diagnostic différentiel sont le manque de fluctuation, de réductibilité caractéristique des adéno-lymphocèles et l'intégrité de la peau.

Les adénites néoplasiques ne seront pas confondues avec des varices lymphatiques. Les adénites symptomatiques seront facilement rapportées à leur cause primitive. Le lymphosarcome offre, en général, des caractères ne permettant aucune confusion. Les ganglions atteints sont durs, volumineux, pouvant rester longtemps en cet état ; à la longue, ils se ramollissent, adhèrent à la peau et donnent naissance à une ulcération néoplasique, d'aspect sanieux et bourgeonnant. Aucune confusion ne sera possible avec l'adéno-lymphocèle même ulcérée. De plus, l'examen histologique des bourgeons montrera la nature véritable de la lésion.

Toutes les affections que nous venons d'étudier forment une tumeur siégeant sous la peau, pouvant donner le change à une adéno-lymphocèle ou à un lymphocèle profond, elles ont nécessité, de notre part, une étude un peu longue. Le lymphocèle intra-dermique, de son côté, à la

période de début, présente parfois des caractères assez semblables à ceux de certaines dermatoses vésiculeuses. Si nous connaissons les signes cardinaux de ces affections cutanées, le diagnostic sera facile. Nous devons rappeler que le lymphocèle intra-dermique est constitué, au début, par l'apparition de petites vésicules transparentes, de coloration sucre d'orge, reposant sur un fond plus foncé.

L'acnée rosacée et l'ecthyma n'ont aucun caractère des varices intra-dermiques ; nous n'en parlerons pas.

La coloration et l'aspect des vésicules d'herpès rappellent l'état vésiculeux du lymphocèle intra-dermique. Le siège inguinal se rencontre parfois. Certains caractères pourtant permettent de distinguer l'herpès des varices lymphatiques. Son début est précédé d'une vive congestion du derme, de prurit et de sensation de lancement. Le liquide des vésicules d'herpès, séreux au début, devient rapidement purulent ; il se dessèche, la vésicule est remplacée par une croûte qui tombe sans laisser de traces ; la lésion évolue en quelques jours. Ce ne sont pas là les caractères du lymphocèle.

L'hydroa n'est dans certains cas qu'une variété d'herpès, il est annoncé par un début fébrile rapidement suivi d'apparition de bulles citrines et turgides. C'est une lésion prurigineuse à évolution rapide.

Le nævus et, en particulier, le nævus verrucosus à peau épaissie, rugueuse, hérissée de petites saillies plus ou moins irrégulières et nombreuses, à coloration brunâtre, pourrait plus facilement donner le change et faire croire à un lymphocèle. La consistance dure et résistante de cette

lésion, sa non réductibilité, et souvent la présence de nombreux poils à sa surface, permettront d'établir le diagnostic différentiel.

Le lupus est également une lésion qui rappelle beaucoup les varices intra-dermiques, la forme non-exedens surtout. Cette dernière est constituée par de petits grains rouges, plus ou moins clairs et transparents, ressemblant à du sucre d'orge ; la confusion, toutefois, avec le lymphocèle ne sera pas possible ; le lupus est très rare dans la région inguino-crurale ; il n'est ni réductible, ni fluctuant et ne donne pas lieu à un écoulement de lymphé. Dans les formes anciennes, lorsque le derme et le tissu cellulaire sous-cutané sont infiltrés, l'absence de réductibilité et de fluctuation sont des caractères suffisants pour le diagnostic.

Le diagnostic différentiel de toutes les affections qui peuvent ressembler, de près ou de loin, aux lymphangiectasies, étant établi, il ne nous reste plus à envisager qu'une affection lymphatique qui prête souvent à confusion avec le lymphocèle intra-dermique, nous avons nommé le lymphangiome.

Le lymphangiome est une lésion assez comparable à l'angiome veineux ; il est caractérisé par la prolifération des capillaires lymphatiques et des capillaires sanguins ; cliniquement on note la présence d'un certain nombre de vésicules à contenu séro-hématique ou franchement hémorragique, reposant sur un fond congestionné. Le lymphangiome n'est pas réductible, il ne donne pas d'écoulement lymphatique. Le liquide que l'on retire des vési-

cules renferme un grand nombre de globules blancs et d'hématies ; il a une coloration rosée, parfois rouge. Le lymphangiome siège souvent au pli de l'aîne, aux organes génitaux externes, il n'a aucune tendance à s'accroître, il ne forme jamais de tumeur volumineuse. Le lymphocèle, lui, est constitué, comme nous l'avons vu au chapitre de la symptomatologie, par la dilatation des capillaires lymphatiques normaux ; cliniquement, il est représenté par une tuméfaction recouverte de vésicules transparentes, parfaitement réductible, donnant souvent lieu à un écoulement de lymphe. Les caractères du lymphangiome et du lymphocèle intra-dermique sont donc bien distincts, aucune confusion ne sera possible.

Diagnostic des formes cliniques. — Nous venons de séparer les lymphangiectasies des affections qui peuvent avoir avec elles certains points communs ; nous devons maintenant différencier leurs formes cliniques.

L'adéno-lymphocèle se reconnaît à son plus grand volume, à sa consistance pâteuse et mobile sur les plans profonds. La peau qui la recouvre est intacte, elle glisse facilement sur la tumeur sous-jacente ; le clinicien en palpant éprouve la sensation de presser entre ses doigts un peloton de fines cordelettes enroulées en tout sens. La réductibilité est incomplète, les ganglions inguinaux sont volumineux et de consistance mollassse.

Le lymphocèle profond est difficilement différenciable de l'adéno-lymphocèle, le diagnostic ne s'établit souvent qu'au moment de l'intervention chirurgicale.

Quant au lymphocèle intra-dermique, il est d'un dia-

gnostic facile et ne peut être confondu avec une adéno-lymphocèle. La présence d'une peau rugueuse et épaissie, parsemée de petites vésicules transparentes, laissant écouler la lymphe ; l'intégrité des ganglions sous-jacents sont des signes qui permettront d'éliminer la première affection.

Dans la pratique, les formes cliniques ne sont pas aussi nettement séparées qu'en théorie ; sur un même malade, on peut souvent constater la coexistence de varices intra-dermiques et d'adéno-lymphocèle. Il est également des cas où l'examen histologique sera nécessaire pour différencier la forme clinique de la lésion, en permettant de reconnaître l'état des ganglions lymphatiques.

Diagnostic causal. — Après avoir séparé les lymphangiectasies des affections qui peuvent présenter quelques ressemblances avec elles, le clinicien doit, pour compléter son diagnostic, rechercher la cause de l'affection. Nous avons vu, dans un chapitre précédent, que les varices lymphatiques se rencontrent plus fréquemment dans les pays chauds que dans les pays froids. La filaire, dans ce cas, en est une des principales causes. Le séjour antérieur aux colonies, chez un porteur d'adéno-lymphocèle, devra immédiatement nous faire songer à ce parasite ; nous ne devons pas nous contenter d'en soupçonner la présence, nous devons le rechercher. La filaire adulte, la macrofilaire, se rencontre rarement dans le sang ; la microfilaire, au contraire, y est plus fréquente. Elle existe le plus souvent au niveau des dilatations variqueuses lymphatiques ; pour la rechercher, il nous suffira de ponctionner une

vésicule intra-dermique et d'en examiner le contenu au microscope.

Ce procédé n'est pas sans danger ; la ponction devra être faite avec la plus minutieuse asepsie, la moindre faute opératoire peut entraîner une lymphangite diffuse, dont nous connaissons toute la gravité ; la piqûre d'une ampoule lymphatique peut donner naissance à une fistule par où s'écoulera continuellement la lymphe. Pour éviter de pareils dangers, nous devons rechercher le parasite dans le sang ; cette recherche aura lieu de préférence la nuit, au moment où la filaire circule ; la piqûre de l'extrémité digitale, comme on la pratique parfois, a souvent été négative. MM. Nattan-Larrier et Bergeron, en 1906, ont employé un procédé qui, à l'heure actuelle, paraît le meilleur : ils ponctionnent la veine médiane basilique du coude et, par l'emploi de l'hydro-hémolyse, ils arrivent à déceler les embryons de filaire. Toutefois, nous devons dire que chez les filariens les lymphangiectasies peuvent être dues à des infections autres que la filaire.

Quand le parasite que nous venons d'étudier ne pourra être mis en cause, nous devons rechercher dans les antécédents pathologiques du malade, s'il ne s'est jamais produit, au niveau de la région inguino-crurale, des poussées de lymphangites banales ou d'érysipèles à répétition. La recherche au niveau de la lésion des éléments infectieux, leur culture et leur inoculation expérimentale, nous permettront parfois de déterminer la cause des ectasies lymphatiques constatées.

La présence d'une tumeur abdominale, la grossesse chez

la femme, une lésion du canal thoracique, sont souvent suffisantes pour expliquer une lymphangiectasie inguinocrurale.

Le malade de M. le professeur Jacob est un colonial ayant fait un séjour de deux ans à la Nouvelle-Calédonie et un autre de huit mois en Cochinchine. Le lymphocèle dont il était porteur semble être apparu à la suite de son séjour à la Nouvelle-Calédonie. L'examen du sang, pratiqué à l'Institut Pasteur de Saïgon, une première fois, puis au laboratoire de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, fut absolument négatif. Du côté des antécédents pathologiques, nous ne trouverons rien qui puisse expliquer une semblable lésion. Est-ce à dire que nous devons considérer la cause comme inconnue ou comme n'existant pas. Les cas de filariose indécélables par les moyens de laboratoire ne sont pas rares. Etant donné que rien ne peut expliquer, chez le malade qui nous intéresse, l'apparition d'un lymphocèle intra-dermique, nous sommes en droit, malgré tout, de soupçonner une filariose latente.

CHAPITRE X

Traitement.

Nous venons de passer en revue dans les chapitres précédents, l'histoire des lymphangiectasies ; il nous reste maintenant à étudier le traitement approprié à ce genre de lésion. Ce traitement est médical et chirurgical.

Traitement médical. — Le traitement médical doit être tout d'abord un traitement causal. Nous avons signalé dans un chapitre précédent la fréquence de la filaire comme cause productrice des varices lymphatiques. Le traitement spécifique de la filariose n'existe pas encore ; le meilleur médicament, dans ce cas, semble être la quinine (Verneuil, Gosselin), et, en particulier, le chlorhydrate, qui se supporte mieux que le sulfate et possède le gros avantage de pouvoir s'administrer en injections hypodermiques. Le malade, en outre, devra quitter les pays chauds s'il y habite.

A défaut de traitement causal, nous avons recours à un

traitement symptomatique ; ce traitement aura pour but de fortifier et de soutenir l'état général, soit en s'adressant aux arsénicaux et surtout à la liqueur de Fowler ; soit, comme l'a préconisé M. R. Le Dentu, en employant l'atoxyl. Nous lutterons contre l'anémie, provoquée par de longues et abondantes lymphorragies, au moyen du fer et de ses composés ; nous combattons la fièvre, la diarrhée et les vomissements, par les moyens appropriés.

Localement, le traitement médical est un simple palliatif ; on l'emploie toutes les fois que le traitement chirurgical est contre-indiqué ; il est surtout applicable dans les pays froids.

Deux méthodes sont en présence : la compression, traitement ancien ; l'électrolyse, traitement moderne.

La compression doit être douce et continue ; la moindre violence de la part du clinicien risquant d'amener la rupture des vésicules intra-dermiques et d'ouvrir la porte à l'infection. Cette compression peut être très simplement faite au moyen d'un bandage ouaté, bien appliqué sur la tuméfaction, sans gêner la marche. Nous devons proscrire le bandage herniaire ; cet appareil pouvant traumatiser la lésion et provoquer de l'inflammation. Une compression bien faite et bien réglée amène une diminution progressive de la masse. Certains auteurs ont signalé des guérisons complètes obtenues par ce moyen.

L'électrolyse, employée couramment en Allemagne, a une efficacité encore discutée à l'heure actuelle ; elle semble n'avoir aucun résultat sur les adéno-lymphocèles ; elle doit être réservée au traitement des varices du derme

et des muqueuses ; elle demande, en outre, une organisation spéciale. Le traitement médical ne doit pas seulement chercher à combattre une lésion existante, il doit aussi prévenir les complications possibles, l'infection en particulier. Les porteurs de varices lymphatiques doivent user de la plus grande propreté ; les bains, toutes les fois que la peau ne présentera aucune solution de continuité, sont permis et même recommandés. Des savonnages fréquents, sans aucune violence, doivent être faits au niveau des régions inguino-crurales et scrotales. Il importe, dans l'intérêt du malade, que les vêtements ne soient jamais serrés au niveau de la lésion, afin d'éviter l'ulcération de la peau.

Traitement chirurgical. — Le traitement chirurgical est de beaucoup supérieur au traitement médical. Il peut seul faire disparaître complètement l'affection existante. Dans quelques cas ce traitement a pu être employé comme traitement de complaisance. Le plus souvent il est commandé par le volume de la lymphangiectasie et les troubles fonctionnels qu'elle entraîne. Il est également indiqué toutes les fois que la lésion s'accompagne de phénomènes inflammatoires répétés, à condition d'intervenir à une période de calme.

Avant de passer en revue les différentes méthodes chirurgicales en cours, nous devons signaler un certain nombre de contre-indications. La première de toutes est la généralisation du processus ectasique, non seulement au territoire lymphatique du membre inférieur, mais encore à celui de l'abdomen. On comprend facilement qu'une

intervention, dans un cas semblable, est absolument inutile.

Une réaction inflammatoire locale violente doit, sinon contre-indiquer une opération, tout au moins la retarder ; intervenir en pleine période de lymphangite ou d'érysipèle serait courir au devant d'une infection post-opératoire. Les sujets affaiblis, les anémiés, les diabétiques et les cardiaques ne peuvent être opérés sans danger, il vaut mieux s'abstenir.

Technique opératoire. — L'ablation des varices lymphatiques doit être faite avec l'asepsie la plus rigoureuse ; la moindre faute opératoire pouvant entraîner des complications ultérieures mortelles. La technique opératoire varie suivant que la lésion est circonscrite ou étendue.

Adéno-lymphocèle circonscrite. — L'adéno-lymphocèle circonscrite peut-être opérée suivant la méthode employée pour la hernie crurale ; certains auteurs, M. Brodier, en particulier, recommandent l'incision verticale des téguments, partant de l'arcade de Fallope et suivant l'axe de la cuisse ; c'est l'incision classique. Elle permet d'obtenir un large écartement des lèvres de la plaie, d'avoir un vaste champ opératoire et de descendre, en outre, aussi bas que l'on veut. Elle présente cependant quelques inconvénients ; elle sectionne perpendiculairement les fibres de soutien du derme ; les lèvres de la plaie n'ont alors aucune tendance à se rapprocher au moment de la suture. La cicatrice, de ce fait, est large, épaisse et très visible. Quelques auteurs ont préconisé une seconde méthode. Ils incisent la peau parallèlement à l'arcade de Fallope, en suivant l'axe trans-

versal de la tumeur. On obtient ainsi un moins grand écartement des lèvres de la plaie, le champ opératoire est moins étendu en hauteur ; cette ligne d'incision permet pourtant de disséquer complètement l'infundibulum crural. Les suites opératoires sont meilleures, l'affrontement est plus facile, la cicatrice est plus belle et plus fine ; elle est masquée par les plis de flexion de la cuisse.

Dans le lymphocèle intra-dermique, la peau est lésée et doit être excisée ; pour arriver à ce résultat, l'opérateur doit circonscrire la tumeur au moyen d'une incision en raquette. L'affrontement est plus difficile à obtenir dans ce cas, étant donné qu'il s'agit de combler une perte de substance. Cette perte n'est jamais considérable ; la peau de la région inguino-crurale est, en outre, mobile, facilement décollable et permet aux deux lèvres de la plaie d'entrer en contact sans grand effort.

Tumeurs volumineuses. — Les adéno-lymphocèles étendues, occupant la plus grande partie du triangle de Scarpa, demandent d'autres méthodes et une autre technique opératoire que les lésions circonscrites.

Avec une peau intacte, ne présentant aucune lésion lymphatique intra-dermique, l'incision en T des plans superficiels pourra être pratiquée. La méthode opératoire est la suivante : une incision transversale est menée immédiatement au-dessous de l'arcade de Fallope et parallèlement à celle-ci. L'incision verticale suit l'axe de la cuisse et descend jusqu'au sommet du triangle de Scarpa. L'opérateur a décrit ainsi deux volets triangulaires, l'un

interne, l'autre externe, lui permettant de disséquer le paquet ganglionnaire. Cette méthode est peu employée par les chirurgiens modernes. La tumeur adhérant le plus souvent à la peau, la rend impraticable.

La technique opératoire dont use M. le professeur Jacob semble devoir donner de meilleurs résultats. Elle permet l'ablation des varices intra-dermiques en même temps que l'évidement ganglionnaire complet du triangle de Scarpa.

Le chirurgien décrit un volet triangulaire, à charnière interne, dont le bord supérieur répond à l'arcade de Fallope, allant de l'épine pubienne à quelques centimètres de l'épine iliaque antéro-supérieure. Le bord inférieur du triangle cutané est constitué par une ligne parallèle et superposable au muscle couturier. La peau est rabattue en dedans.

Le deuxième temps opératoire comprend la dissection du tissu cellulaire et l'évidement de la région crurale. On commence par le flanc supérieur de la tumeur ; immédiatement au-dessus de l'arcade de Fallope ; on dissèque le tissu cellulaire jusqu'à l'arcade crurale mise à découvert ; c'est un excellent point de repère pour le chirurgien qui doit toujours aller à sa recherche ; cette arcade crurale donne le plan de clivage, au moyen duquel on pourra facilement extirper le paquet variqueux. Ce plan de clivage est constitué par le fascia cribriformis recouvrant le paquet vasculo-nerveux. A ce niveau la dissection doit être minutieuse et conduite avec précaution afin de ne pas léser les organes vasculo-nerveux, souvent intimement unis à la tuméfaction. L'hémostase doit être faite avec

beaucoup de soin au fur et à mesure de la dissection ; l'opérateur évite ainsi de voir son champ opératoire inondé de sang. On déterge de proche en proche les plans profonds pour arriver ainsi au pédicule inférieur, on le lie et on le sectionne. Par cette méthode, le paquet ganglionnaire peut être enlevé en un seul temps ; l'opération terminée, le triangle de Scarpa doit apparaître complètement disséqué, recouvert simplement par le fascia cribriformis.

Dans un troisième temps, l'opérateur doit chercher à réunir les téguments. Ici deux méthodes sont en présence : la réunion par première intention et la réunion par seconde intention.

Quand la lymphangiectasie est petite, bien circonscrite, la réunion par première intention est la seule méthode à employer. Dans les adéno-lymphocèles volumineuses ou dans les lymphocèles intra-dermiques sans lésions ulcéreuses de la peau, quand le chirurgien est sûr de son asepsie, la réunion par première intention peut encore être utilisée.

La réunion par seconde intention, avec drainage, est une méthode prudente employée par beaucoup de chirurgiens dans les tumeurs fongueuses, c'est la seule applicable.

L'affrontement des lèvres de la plaie, dans les cas d'adéno-lymphocèle, ne présente aucune difficulté. Dans le lymphocèle intra-dermique, le lambeau triangulaire cutané a été excisé, le chirurgien se trouve ainsi en présence d'une large perte de substance qu'il peut combler au moyen des méthodes autoplastiques et des greffes. Plus simplement il doit chercher à rapprocher l'une de l'autre,

dans la mesure du possible, les lèvres de la plaie ; ce sera souvent chose facile, étant donné l'élasticité de la peau de cette région. Il pourra arriver à combler ainsi une grande partie de la surface cruante ne laissant souvent à découvert que le point de convergence des lambeaux. A ce niveau la réunion par seconde intention sera obtenue très facilement.

Complications opératoires, pronostic. — L'hémorragie par section d'un des gros vaisseaux de la région crurale, au cours de l'intervention, est peu à redouter ; dans ce cas la ligature du vaisseau intéressé serait faite immédiatement.

La lymphorrhagie est, au contraire, un accident fréquent, se produisant deux ou trois jours après l'opération et s'arrêtant souvent spontanément. Les pansements pendant cette période post-opératoire devront être faits avec le plus grand soin et la plus grande asepsie, afin d'éviter l'infection secondaire.

Quelques auteurs signalent des lymphorrhagies d'une durée fort longue ; il peut même s'établir des fistules lymphatiques très difficiles à guérir. Ces fistules peuvent être cause d'infection locale ou générale ; elles peuvent provoquer également une anémie grave.

La gangrène du lambeau est une complication ennuyeuse mais peu dangereuse pour la vie du malade ; elle ne fait souvent que retarder la guérison.

Le pronostic lié au traitement dépend de l'asepsie et du degré d'exérèse. Avec une asepsie rigoureuse et des pansements soignés la guérison survient sans complications,

sinon l'infection éclate, une lymphangite diffuse peut survenir et emporter le malade.

Une mauvaise irrigation sanguine des tissus intéressés, une trop grande issue de lymphe gêne parfois la cicatrisation. En règle générale, une lymphangiectasie inguino-crurale guérit en quinze jours ou trois semaines. Il en a été ainsi chez le malade de M. le professeur Jacob.

CHAPITRE XI

Observation.

Lymphocèle intra-dermique du triangle de Scarpa

Le nommé A. E..., âgé de vingt-sept ans, soldat au 2^e régiment d'artillerie coloniale, entre à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, salle n° 29, lit n° 2, pour une tumeur siégeant au niveau du triangle de Scarpa du côté gauche.

Mère morte d'accident. Un frère mort également d'accident. Une sœur, âge de trente-cinq ans, en bonne santé, mère de famille.

Cet homme ne fit aucune maladie pendant son enfance et son adolescence ; il exerçait la profession de maréchal-ferrant quand il s'est engagé au 30^e d'artillerie, à Orléans. Il n'y resta que deux ans et demi ; il contracta alors un engagement de deux ans dans l'artillerie coloniale. Il ne fit que deux colonies, la Nouvelle-Calédonie et Saïgon et ne fut jamais malade.

Il resta deux ans à la Nouvelle-Calédonie, du 15 février 1905 au 7 février 1907, et huit mois en Cochinchine, du 15



ASPECT GÉNÉRAL DU LYMPHOCÈLE INTRA-DERMIQUE DE L'AINE

février 1908 au 8 novembre 1908. En 1903, on lui extirpa un petit kyste de la région inguinale du côté gauche.

L'affection pour laquelle ce malade entre à l'hôpital militaire paraît remonter au mois de septembre 1907. A cette époque, cet homme constata dans la région crurale, du côté gauche, une grosseur du volume d'un œuf de pigeon, formée par la peau épaissie. Cette masse n'était pas douloureuse spontanément, mais seulement après des marches prolongées. La peau était lisse et ne présentait aucune coloration anormale. On fit dix séances d'effluves électriques pendant dix jours. Ces effluves déterminèrent l'apparition de croûtelles ; c'est à la chute de ces croûtelles que la tumeur prit l'aspect vésiculeux qu'elle offre actuellement.

Le malade alla, en 1908, à l'Institut Pasteur à Saïgon. L'examen d'une certaine quantité de liquide, retiré par la ponction de la tumeur, élimina l'idée de filaire. Cet examen fut fait à plusieurs reprises et fut toujours négatif.

Etat actuel. — Le 11 mai 1909. — Homme d'aspect robuste et bien portant, visage très coloré, masses musculaires très développées.

On constate à l'examen local, dans la région crurale du côté gauche, une tumeur ovalaire dirigée dans le sens de l'arcade crurale, s'étendant sur douze centimètres de long et trois centimètres de large seulement. Immédiatement au-dessus de l'arcade, du côté interne, on note l'existence de quelques tumeurs isolées sphériques de la grosseur d'une noisette. La tumeur principale a une coloration rouge sur son pourtour où la peau a conservé ses caractères normaux. Par contre, la surface est de couleur sucre d'orge, formée d'une quantité de petites masses juxtaposées, semblables à d'innombrables petits phlyctènes accolés. Par places, on note un léger suintement à la surface de la peau ; le liquide qui s'écoule est clair, légèrement citrin. Les tumeurs, situées au-dessus de l'arcade,

sont uniquement constitués par des vésicules phlycténoïdes. A la palpation, on constate que la grosse masse fait intimement corps avec la peau ; elle est formée de deux parties, l'une molle, superficielle, l'autre résistante et profonde ; la partie la plus dure est à l'angle externe et paraît constituée par deux ou trois ganglions un peu durs roulant mal sous le doigt. Le reste de la tumeur est formé par une masse molle, à demi remplie de liquide ; vient-on à presser sur cette masse, elle se vide et le liquide reflue vers la région sus-pubienne qui se gonfle et inversement. Cet examen n'est nullement douloureux.

Le sang et le liquide de la tumeur, examiné au point de vue de la Filariose à l'hôpital du Val-de-Grâce, fut négatif. L'état général du malade était parfait, il n'y avait pas de fièvre, tous les autres appareils étaient sains.

Traitement. — Le 20 mai 1909, M. le professeur Jacob opéra le malade. L'intervention consista en l'ablation de toute la masse sur une surface triangulaire à sommet externe, comprenant les deux tumeurs crurales et inguinales. L'évidement ganglionnaire du triangle de Scarpa fut aussi complet que possible. L'opération terminée, M. le professeur Jacob chercha à réunir par première intention les bords de la plaie triangulaire, au moyen de sutures au fil d'argent, sans faire de drainage. Pendant toute la durée de l'intervention l'écoulement de lymphé fut assez abondant.

Le 26 mai, les fils furent enlevés, la plaie était en bonne voie de cicatrisation, il n'y avait aucune suppuration. Le point de convergence des lambeaux n'était pas réuni, cette réunion se fit ultérieurement par seconde intention.

Le 3 juin, la plaie était presque complètement cicatrisée ; il n'y avait pas d'infection. L'écoulement de lymphé avait disparu ; mais on notait, immédiatement au-dessous de la cicatrice, une zone d'œdème dur, dû à la gêne de la dilatation lymphatique.

Le 10 juin, l'œdème dur avait complètement disparu. Le 18 juin, le malade sortait de l'hôpital, pour jouir à Paris d'un congé de deux mois à titre de convalescence. Il fut obligé, toutefois, de revenir tous les trois jours se faire panser.

Le 10 juillet, la guérison était complète, la région avait repris son aspect normal.

CONCLUSIONS

1° Les vaisseaux lymphatiques peuvent être atteints de varices tout comme les vaisseaux sanguins.

2° Les lymphangiectasies peuvent occuper les différentes portions de l'appareil lymphatique. Elles peuvent également siéger dans les différents réseaux. On observe ainsi les varices profondes, les varices superficielles et les varices intra-dermiques.

3° Les adéno-lymphocèles sont des affections relativement fréquentes. Les lymphocèles, notamment les lymphocèles intra-dermiques, sont très rares.

4° L'adéno-lymphocèle est constituée par la dilatation des vaisseaux lymphatiques intra-ganglionnaires ; le lymphocèle intra-dermique est caractérisé par la dilatation des terminaisons lymphatiques intra-papillaires.

5° Le mécanisme de formation des lymphangiectasies est identique à celui des varices veineuses, il procède de

l'action de trois facteurs : obstruction, infection, dilatation.

6° Les complications des lymphangiectasies sont toutes fort graves ; elles peuvent être souvent suivies de mort.

7° Le traitement médical des varices lymphatiques inguino-crurales n'existe pas, seul le traitement chirurgical est de mise en pareille occurrence.

VU :

Nancy, le 9 novembre 1909.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :

WEISS.

VU :

Nancy, le 10 novembre 1909.

LE DOYEN,

GROSS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Nancy, le 11 novembre 1909.

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,

CH. ADAM,

Correspondant de l'Institut

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALBRECHT. — Ueber Lymphangiectasies, Deutsche Z. f. Chirurgie, B. d. 86, 1907.
- ANGER (Th.). — Tumeurs lymphatiques, thèse de Paris, 1867.
- ANGER (Th.). — Bulletin de la Société de chirurgie, 1888.
- BAUDRIMONT. — Adéno-lymphocèle double de la région inguinale, Bulletin de la Soc. d'an. phys., 1891, page 208.
- BALZER et GRIFFON. — Lymphangiectasie spontanée de la face, Société de dermatologie et de syphiligraphie, 20 mai 1897.
- BESNIER, BROcq et JACQUET. — Pratique dermatologique.
- BINET. — Essais sur les varices lymphatiques, thèse de Paris, 1858.
- BLUMENTHAL. — Zur Genese der Lymphangiome, Verhandlung der physiologishe medic. Gesellschrift Zu Würzb.
- BONHOMMET. — Des lymphangiectasies cutanées et d'une forme végétante, thèse de Paris, 1895-1896.
- BOUSQUET. — Tumeur variqueuse des ganglions et vaisseaux lymphatiques de l'aîne, Bulletin de la Société de chirurgie, 1884.
- CESTAN. — Adéno-lymphocèle et varices lymphatiques du scrotum, Toulouse médical, 1900.

- CHIPAULT. — Varices lymphatiques et lymphangiome, Gazette des hôpitaux, 15 décembre 1889.
- CHIPAULT. — Varices lymphatiques du derme, Archives générales de médecine, juin 1889.
- CHIPAULT. — Varices lymphatiques du derme, Société anat. de Paris, 1888.
- CORNIL. — Vaisseaux et sinus très dilatés dans un ganglion fibreux, Bulletin Société anat. de Paris, 1900, page 513.
- DAVID. — Essais sur les varices lymphatiques, thèse de Paris, 1889.
- DELOBEL. — Varices lymphatiques de la peau et des muqueuses, thèse de Paris, 1901-1902.
- DEMARQUAY. — Recherches sur la lymphorrhagie et la dilatation des vaisseaux lymphatiques, Société de chirurgie, 1853.
- DESJARDIN. — Mémoires sur un cas de varices lymphatiques du derme, Gazette méd. de Paris, 1854, 3 s 9.
- DÉSERT. — Lymphangiectasies, Paris, 1877.
- DIAKONOFF. — Lymphangiome congénital de la main. Société de chirurgie de Moscou, 26 octobre 1894.
- FERRARI. — Recherches anatomiques de la région inguinale, thèse de Lyon, 1906-1907.
- FREUDWEILER. — Lymphangioma circumscriptum cystoides cutis, Arch. f. Dermat. u. Syphilis., Win und Leipzig, 1897, page 320.
- GAUCHER et LACAPÈRE. — Lymphangiome circonscrit de la lèvre inférieure, Société de dermatologie et de syphiligraphie, 9 novembre 1899.
- HELD. — Lymphangiectasie consécutive à l'extirpation des ganglions inguinaux, Wiener Dermatologische Gesellschaft, 8 mai 1901.
- HAFERKORN. — Un cas de lymphangiectasie avec lymphorrhagie, Deutsches Archiv. f. Klin. Med. Leipzig, 1895, page 402.
- KAPOSI-MORITZ. — Leçons sur les maladies de la peau, tome 2, page 229.

- LE DENTU - DELBET. — Nouveau traité de chirurgie, tome 12, article de Brodier, page 236.
- LE DENTU. — Lymphangiome inguino-scrotal et abdominal, Revue de chirurgie, 1898.
- LE DENTU (René). — La filariose et ses rapports avec l'adénolymphocèle, thèse de Bordeaux, 1906-1907.
- LOMBARDO. — Linfangiectasie della vulva, Giornalo italiano delle malattie venerere et della pelle, 1905.
- MEACHEN. — Dermatological Society of Great Britain, 23 octobre 1901.
- MANTEGAZZA. — Hemato-lymphangiome, Ann. de dermatologie et de syphiligraphie, 1902.
- MALCOLM-MORRIS. — Lymphangiome circonscrit de la fesse, Dermatological Society of London, 8 décembre 1897.
- MALHERBE (A.) et MALHERBE (H.). — Notes sur un cas curieux de lymphangiectasie cutanée, Ann. de dermatologie et de syphiligraphie, 1896.
- MONOD. — Du lymphangiome cutané et sous-cutané circonscrit, Congrès français de chirurgie, procès-verbal, Paris, 1888.
- MONTANÉ. — Structure et formation du lymphangiome ganglionnaire, Compte rendu de la Société de biologie, Paris 1894, page 127.
- MESLAY. — Kyste lymphatique du pli de l'aîne, Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1896, page 821.
- NATTAN-LARRIER et BERGERON. — Presse médicale, 14 juin 1905.
- PERRY. — Lymphangiome circonscrit, Dermatological Society of London, 9 février 1898.
- ROBINSON. — Lymphangiome circonscrit, The New-York Dermatological Society, 25 septembre 1894.
- RENAUT. — Traité d'histologie pratique, tome 2, page 268.
- SCHABEL. — Lymphangiome circonscrit de la peau, Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis, 1901, tome LVI.

- SCHMID. — Beiträge zum Kenntniss der Lymphangiome, Archiv. f. Dermat. u. Syphilis, Wien, 1890, page 529.
- SICK. — Beitrag zur Lehre vom Bau u. Wachsthum der Lymphangiome, Archiv f. pathol. Anat. Berlin, 1903.
- SURAWITSCH MALKA. — Thèse de Zurich, 1906.
- TOROCK. — Über die kapillaren Lymphangiome der Haut, etc..., Monatsh. f. prakt Dermatologie, Hambourg, 1892.
- TESTUT et JACOB. — Traité d'anatomie topographique, tome II,
- TSHEPOUROFF. — Lymphangiome de la paroi abdominale, Société de chirurgie de Moscou, 26 octobre 1894.
- VIGUIER. — Essais sur les tumeurs et varices lymphatiques superficielles, thèse Paris, 1875.
- WAELECH. — Lymphangioma cutis cysticum circumscriptum, Archiv f. Dermatol. u. Syphilis, 1900, tome LI, page 96.
- WHITEHEAD. — Remarks on cases of lymphangiectasis with enormous overgrowth of cutaneous and subcutaneous structure, British medical journal, 29 mars 1902.
- WHITE. — Lymphangiome des grandes lèvres, Journal of cutaneous and gen. urin. diseases, février 1898, page 67.
-

TABLE DES MATIERES

	Pagès.
INTRODUCTION	5
CHAPITRE I. — Historique.....	7
CHAPITRE II. — Définition.....	10
CHAPITRE III. — Anatomie.....	12
CHAPITRE IV. — Étiologie.	19
CHAPITRE V. — Pathogénie.....	27
CHAPITRE VI. — Symptomatologie.....	31
CHAPITRE VII. — Évolution. — Complications.....	41
CHAPITRE VIII. — Anatomie pathologique	45
CHAPITRE IX. — Diagnostic.....	53
CHAPITRE X. -- Traitement.....	65
CHAPITRE XI. — Observation.....	74
CONCLUSIONS.....	78
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	80

